

М.Т. Сердюков

СУДЕБНАЯ
ГИНЕКОЛОГИЯ
и
СУДЕБНОЕ
АКУШЕРСТВО

МЕДИЦИНА • 1964

М. Г. СЕРДЮКОВ

СУДЕБНАЯ
ГИНЕКОЛОГИЯ
И
СУДЕБНОЕ
АКУШЕРСТВО

ВТОРОЕ ИЗДАНИЕ

ИЗДАТЕЛЬСТВО «МЕДИЦИНА»
МОСКВА — 1964

АННОТАЦИЯ

В книге излагается методика и техника проведения экспертизы, связанной с вопросами акушерства и гинекологии, в соответствии с юридическими нормами Советского законодательства.

Книга богато иллюстрирована photographиями и примерами из практики, что делает ее еще более ценной.

Первое издание монографии, выпущенное в 1957 г., разошлось в течение нескольких дней после поступления в торговую сеть.

Книга рассчитана на судебно-медицинских экспертов, врачей любой специальности, привлеченных для проведения экспертизы, акушеров, гинекологов, венерологов и др.

Ю. Мельников

ПРЕДИСЛОВИЕ КО ВТОРОМУ ИЗДАНИЮ

Первое издание монографии проф. М. Г. Сердюкова «Судебная гинекология и судебное акушерство» вышло в свет в 1957 г. и своим появлением вызвало большое удовлетворение со стороны судебномедицинских экспертов страны.

Содержание книги включает в себя один из важнейших разделов судебной медицины, представляющей наибольшие затруднения для широких кругов судебномедицинских экспертов.

Автор, используя свой большой практический и научный опыт, излагает особенности и специфику проведения судебномедицинской экспертизы по вопросам определения половой зрелости, установления пола, нарушения половой неприкосновенности, половых преступлений, беременности, родов, аборта и других, представляющих особую трудность в повседневной работе практических работников судебномедицинской экспертизы.

В настоящем издании редакцией произведены незначительные литературные исправления, уточнены некоторые положения и осуществлены отдельные сокращения текста.

Во всех разделах книги полностью пересмотрены юридические нормы проведения судебномедицинской экспертизы, которые приведены в соответствие с новыми законоположениями, изложенными в Уголовном и Уголовно-процессуальном кодексах РСФСР редакции 1960 г.

Учитывая отсутствие судебномедицинской литературы по вопросам судебного акушерства и гинекологии, редакция считает, что переиздание настоящей книги принесет значительную пользу практическим работникам судебномедицинской экспертизы и врачам смежных специальностей, привлеченным судебносудственными органами в качестве врачей-экспертов.

Ю. Мельников

ПРЕДИСЛОВИЕ К ПЕРВОМУ ИЗДАНИЮ

Идя навстречу пожеланиям наших учеников, мы решили заполнить пробел в отсутствии отечественных пособий по судебной гинекологии и акушерству, — этим важным разделам судебной медицины, гинекологии и акушерства.

Кроме того, нам хотелось бы передать свой большой научно-практический, организационный, клинический и педагогический опыт в области судебной гинекологии и акушерства врачам, судебномедицинским экспертам и работникам органов расследования и суда и поделиться с ними всем тем, что встретилось нам за многие годы работы и над чем приходилось думать при решении многих весьма важных научно-практических вопросов. В самом деле, со времени издания «Судебной гинекологии», классического руководства В. Мержеевского, прошло свыше 82 лет. Многое изменилось и со времени опубликования «Судебной медицины растления» Э. Ф. Беллина, изданной в 1898 г. Несмотря на то что принципы классификации гимена (М. Д. Никитин), приведенные в этом сочинении, не потеряли своей значимости, упомянутые книги по многим вопросам не гармонируют ни с настоящей эпохой, ни с нашей современной методологией.

В 1935 г., т. е. 28 лет назад, вышло коллективное руководство Е. Е. Розенблюма, М. Г. Сердюкова и В. М. Смолянинова «Судебномедицинская акушерско-гинекологическая экспертиза». Книга эта долгое время оказывала помощь, но, будучи издана очень малым тиражом, давно разошлась.

Все это вместе взятое и большая потребность в справочном материале по вопросам судебной гинекологии и акушерства, например о классификации девственной плевы, установления времени ее нарушения, диагностике криминального аборта, экспертизе при расторжении брака и определении живорожденности, поставили перед нами задачу, помимо использования личного опыта, изучить при составлении настоящей книги известные современные учебники по судебной медицине: М. И. Авдеева, Н. В. Попова, М. И. Райского, К. И. Татиева, В. М. Смолянинова, работы последнего, относящиеся к исследованию новорожденных, диссертации различных авторов и другую важнейшую советскую и иностранную литературу по указанным вопросам.

Выражаю благодарность за помощь в собирании материалов моим товарищам, ученикам и сотрудникам по бюро Московской городской и областной экспертиз З. В. Бессоновой, Т. С. Буримской, Л. И. Богатыревой, Т. Г. Кузнецовой, М. В. Макаровой, Т. Н. Львовой, Э. К. Финешиной и др. Весьма признателен также заведующим этими учреждениями Л. С. Велишевой и Л. Н. Додиной за разрешение пользоваться материалами.

Возглавляя в течение многих лет крупные акушерско-гинекологические учреждения с отделениями для новорожденных, а также проводя большое количество судебно-медицинских экспертиз, мы приняли во внимание некоторые спорные вопросы, возникающие в повседневной работе и могущие служить источниками ошибок и неточностей, и постарались привести наиболее типичные и редкие примеры, касающиеся определения половой зрелости, диагностики криминального аборта, тяжелых его последствий при механическом и токсическом аборте, а также по другим разделам судебной гинекологии и акушерства.

Цель предлагаемого вниманию читателя труда — по мере возможности осветить насущные вопросы данной отрасли медицины.

Разумеется, эта книга, как и каждая другая, не лишена недостатков, за объективную критику которых и полезные указания мы будем признательны.

Проф. М. Г. Сердюков

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие ко второму изданию	3
Предисловие к первому изданию	4
Краткие данные об истоках отечественной судебной гинекологии и акушерства	7
Половая зрелость	15
Общее развитие организма	16
Способность к совокуплению	17
Способность к зачатию	18
Способность к вынашиванию плода	20
Способность к родоразрешению	21
Способность к вскармливанию ребенка	22
Развитие психики, сознания. Ориентировка в происходящем	24
Ранняя половая жизнь, беременность и роды при недостижении половой зрелости	25
Преждевременная половая зрелость	27
Запоздалая половая зрелость	33
Установление пола	35
Гермафродитизм, сомнительный пол	35
Поводы к исследованию	36
Диагностика гермафродитизма	37
Классификация гермафродитизма	38
Нарушение половой неприкосновенности, дефлорация	50
Развитие девственной плевы	51
Анатомия и гистология девственной плевы	51
Морфология и классификация форм девственной плевы	53
Методика исследования и составление акта	61
Установление нарушения девственной плевы и бывшего совокупления	66
Механизм дефлорации	68
Детали и особенности механизма разрывов девственной плевы	71
Дифференциальные особенности разрывов девственной плевы при дефлорации	73
Дифференциация рубцов и естественных выемок	73
Обнаружение спермы во влагалище и на одежде	74
Особенности изменений девственной плевы после родов	77
Развратные действия	78
Изнасилование	86
Изнасилование с применением физической силы	88
Групповое изнасилование	89
Следы изнасилования	89
Изнасилование с использованием беспомощного состояния	92

Изнасилование с применением психического воздействия	95
Ложные обвинения в противозаконном совокуплении и изнасиловании	95
Изнасилование с половыми извращениями	99
Доказательства насильственного совокупления	103
Последствия противозаконных совокуплений и изнасилования	106
Экспертиза изнасилования женщин, живущих половой жизнью и рожавших. Повреждение половых органов при половых сношениях	109
Установление ранних и поздних сроков беременности	112
Установление ранних признаков беременности	113
Установление поздних признаков беременности	115
Аномалии беременности	117
Внематочная беременность	118
Беременность неосознаваемая и вымышленная	119
Продолжительность человеческой беременности	120
Время начала беременности. Момент оплодотворения	125
Первые шевеления плода. Определение продолжительности беременности в время наступления родов	128
Экспертиза послеродового периода, недавних и бывших родов	135
Диагностика послеродового периода и бывших родов	135
Изменения молочных желез	136
Изменения наружных и внутренних половых органов	139
Изменения наружных покровов тела	142
Диагностика бывших родов	143
Вымышленные роды и подложные дети	149
Механические повреждения при родах. Отличие родовой травмы от умыш- ленной	149
Стремительные, быстрые роды	150
Посмертные, или трупные, роды	153
Судебномедицинское значение самопомощи при родоразрешении	159
Роды в бессознательном и невменяемом состоянии	159
Новорожденность, живорожденность, доношенность	163
Новорожденность	163
Определение зрелости, доношенности и жизнеспособности плода	170
Определение живорожденности	175
Родовой травматизм. Анализ причин смерти ребенка до родов, во время родов и после родов	184
Родовой травматизм	184
Причины смерти ребенка до родов	189
Причины смерти ребенка во время родов	193
Причины смерти новорожденных после родов	198
Насильственная смерть	199
Аборт	206
Криминальный аборт	211
Самопроизвольный аборт и его патогенез	213
Аборт и психическая травма	215
Связь аборта с травмой	215
Диагностика криминального аборта	219
Аборт, производимый механическими вмешательствами	220
Мыльный и щелочной аборт	227
Смерть от эмболии и шока при криминальном аборте	230
Ранение внутренних органов при криминальном аборте	235
Судебномедицинская диагностика криминального аборта	239
	301

Исследование продуктов, выделившихся при аборте	246
Симуляция аборта	247
Токсический аборт	247
Стерилизация женщины	254
Акушерско-гинекологическая судебномедицинская экспертиза снижения и утраты трудоспособности	259
Связь опущения и выпадения женских половых органов с травмой	272
Акушерско-гинекологическая экспертиза в делах о расторжении брака	276
О судебной ответственности акушеров и гинекологов	281
Литература	295

ПРЕДИСЛОВИЕ К ПЕРВОМУ ИЗДАНИЮ

Идя навстречу пожеланиям наших учеников, мы решили заполнить пробел в отсутствии отечественных пособий по судебной гинекологии и акушерству, — этим важным разделам судебной медицины, гинекологии и акушерства.

Кроме того, нам хотелось бы передать свой большой научно-практический, организационный, клинический и педагогический опыт в области судебной гинекологии и акушерства врачам, судебномедицинским экспертам и работникам органов расследования и суда и поделиться с ними всем тем, что встретилось нам за многие годы работы и над чем приходилось думать при решении многих весьма важных научно-практических вопросов. В самом деле, со времени издания «Судебной гинекологии», классического руководства В. Мержеевского, прошло свыше 82 лет. Многие изменилось и со времени опубликования «Судебной медицины растления» Э. Ф. Беллина, изданной в 1898 г. Несмотря на то что принципы классификации гимена (М. Д. Никитин), приведенные в этом сочинении, не потеряли своей значимости, упомянутые книги по многим вопросам не гармонируют ни с настоящей эпохой, ни с нашей современной методологией.

В 1935 г., т. е. 28 лет назад, вышло коллективное руководство Е. Е. Розенблюма, М. Г. Сердюкова и В. М. Смолянинова «Судебномедицинская акушерско-гинекологическая экспертиза». Книга эта долгое время оказывала помощь, но, будучи издана очень малым тиражом, давно разошлась.

Все это вместе взятое и большая потребность в справочном материале по вопросам судебной гинекологии и акушерства, например о классификации девственной плевы, установления времени ее нарушения, диагностике криминального аборта, экспертизе при расторжении брака и определении живорожденности, поставили перед нами задачу, помимо использования личного опыта, изучить при составлении настоящей книги известные современные учебники по судебной медицине: М. И. Авдеева, Н. В. Попова, М. И. Райского, К. И. Татиева, В. М. Смолянинова, работы последнего, относящиеся к исследованию новорожденных, диссертации различных авторов и другую важнейшую советскую и иностранную литературу по указанным вопросам.

Выражаю благодарность за помощь в собирании материалов моим товарищам, ученикам и сотрудникам по бюро Московской городской и областной экспертиз З. В. Бессоновой, Т. С. Буримской, Л. И. Богатыревой, Т. Г. Кузнецовой, М. В. Макаровой, Т. Н. Львовой, Э. К. Финешиной и др. Весьма признателен также заведующим этими учреждениями Л. С. Велишевой и Л. Н. Додиной за разрешение пользоваться материалами.

Возглавляя в течение многих лет крупные акушерско-гинекологические учреждения с отделениями для поворожденных, а также проводя большое количество судебно-медицинских экспертиз, мы приняли во внимание некоторые спорные вопросы, возникающие в повседневной работе и могущие служить источниками ошибок и неточностей, и постарались привести наиболее типичные и редкие примеры, касающиеся определения половой зрелости, диагностики криминального аборта, тяжелых его последствий при механическом и токсическом аборте, а также по другим разделам судебной гинекологии и акушерства.

Цель предлагаемого вниманию читателя труда — по мере возможности осветить насущные вопросы данной отрасли медицины.

Разумеется, эта книга, как и каждая другая, не лишена недостатков, за объективную критику которых и полезные указания мы будем признательны.

Проф. М. Г. Сердюков

КРАТКИЕ ДАННЫЕ ОБ ИСТОКАХ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ СУДЕБНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ И АКУШЕРСТВА

Начало народной медицины и народного акушерства относится к далекому прошлому — к периоду родового строя древних славян.

Сведения об истоках народного акушерства древней Руси не отличаются полнотой. Известно, что бабки-повитухи применяли довольно примитивные приемы при родах, сопровождавшиеся специальными обрядами и заговорами, целью которых было воздействие на рожильниц и окружающих. Некоторые из этих способов представляли собой сочетание невежества и наивности, но в основном рукодействия, применявшиеся ими, в силу грубости были чрезвычайно мучительными для женщины, наносили им огромный вред и часто заканчивались смертью в результате внесения инфекции и тяжелых повреждений.

В допетровской Руси государственной акушерской помощи не существовало. При Иване III благодаря развитию торговых и дипломатических связей с европейскими странами число иностранных врачей стало увеличиваться, но они обслуживали исключительно царя и бояр. К родовспоможению врачи не имели доступа, и оно по-прежнему оставалось в ведении бабок-лекарок.

При Иване IV (Грозном) в связи с ростом торговых отношений в Москве увеличилось и число иностранных врачей. В 1584 г. в личном письме к английской королеве Иван Грозный просил ее рекомендовать ему опытного и сведущего врача. По его просьбе в Москву приехал хирург-акушер Роберт Якоб, впоследствии переименованный в Романа Елизарова.

Следует сказать, что выписываемые из-за границы иностранные врачи не имели права без разрешения царя лечить население. Только в исключительных случаях с особого разрешения царя они оказывали помощь его приближенным, боярам и лишь в очень редких случаях простому народу.

В законах, относящихся к XI и XII векам (по М. Ф. Леви), появляются намеки на охрану здоровья женщины. Например, «Стоглав» воспрещал венчание девушек, не достигших 12-летнего возраста.

При царе Михаиле Федоровиче в 1620 г. был издан и вступил в силу Аптекарский приказ, статьи которого являлись руководящими по медицинскому делу. Однако вопросы оказания акушерской помощи населению в нем не предусматривались.

Несмотря на отсутствие государственной помощи женщине при гинекологических заболеваниях, во время беременности, при родах, а также

отсутствие заботы о новорожденных и детях, в России, как и в других государствах, существовали законы, предусматривавшие применение строгих наказаний за детоубийство, оставление новорожденного без помощи и вытравливание плода — аборт.

В России детоубийство считалось очень тяжелым преступлением и при господстве в государственной жизни религиозных влияний влекло за собой для виновных суровые меры наказания. Например, Уложение о наказаниях от 1649 г., действовавшее при царе Алексее Михайловиче, требовало казни детоубийц «без всякой пощады». Позднее этот закон был несколько смягчен и меры борьбы с детоубийством получили более реальные основания.

Собственно организация родовспоможения началась в период реформ Петра I, что было непосредственно связано с развитием производительных сил России.

При Петре I в России были впервые открыты клинические госпитали, и этим положено начало медицинскому образованию. К тому же периоду относится введение регистрации родившихся и умерших, возложенной на духовенство.

В 1703 г. была подана первая ведомость по Москве, причем оказалось, что число смертных случаев (более 2000) превышало число рождений (Я. Чистович).

Петру I принадлежит заслуга по введению мероприятий, предупреждающих детоубийства. Им были изданы два указа (в 1714 и 1715 гг.), предписывающих в целях борьбы с детоубийством устройство особых «домов-госпиталей» для воспитания внебрачных детей. Внебрачные матери могли приносить своих детей в эти дома тайно, «с закрытым лицом». От них не требовалось никаких документов, имени их не спрашивали. Эти указы Петра преследовали практические и государственные цели. Они были направлены на увеличение населения России, а также на укрепление ее военной силы, так как воспитанники этих домов, годные к военной службе, определялись на военную службу и таким образом использовались для пополнения армии.

По статье 1459 Уложения о наказаниях за преднамеренное убийство сына или дочери полагалось лишение всех прав, состояния и ссылка на бессрочные каторжные работы. Это наказание смягчалось, если убийство незаконнорожденного было совершено под влиянием стыда или страха перед фактом рождения младенца, если не было доказано, что женщина уже совершала подобное же преступление, если детоубийство не было преднамеренным и если виновная женщина была незамужняя, первобеременная. Во всех этих случаях она подвергалась лишению всех прав, состояния и ссылке на поселение в Сибирь.

По статье 1460 женщина, не умертвившая своего незаконнорожденного младенца, но оставившая его без помощи, в результате чего он погиб, приговаривалась к лишению всех прав и преимуществ и подвергалась ссылке в отдаленные места Сибири на срок от 1 года до 2 лет или заключение в тюрьму на срок до 2½ лет. В тех случаях, когда было доказано, что ребенок родился мертвым и мать, побуждаемая стыдом или страхом, скрыла его труп, полагалось заключение в тюрьму на срок от 4 до 8 месяцев.

Долгое время акушерство и гинекология организационно были включены в общую лечебную помощь. Такое лишение самостоятельности этих двух разделов одной специальности надолго затормозило их рост и развитие.

В историческом развитии гинекологии и акушерства следует различать пять периодов.

Первому периоду, который относится ко второй половине XVIII века, когда только началось развитие русского акушерства, предшествовала эпоха народной медицины. В первой половине XVIII века медициной и акушерством ведали иностранцы. В это время население не было обеспечено акушерской помощью.

В 1764 г. было открыто первое в России родовспомогательное заведение на 20 коек при московском воспитательном доме, а в 1771 г. создан родильный госпиталь при С.-Петербургском воспитательном доме.

В 1784 г. Нестор Максимович Амбодик напечатал свой оригинальный труд «Руководство к повивальному искусству».

Второй период относится к 40-м годам XIX века. К этому времени иностранное засилье стало ослабевать: начали возникать родовспомогательные учреждения и открываться акушерские школы, предназначенные для подготовки акушеров в Москве и Петербурге.

Третий период — это начало второй половины XIX века, т. е. период введения антисептики и асептики в акушерскую и гинекологическую практику.

В это время родовспоможение и гинекология стали усиленно развиваться. В первой половине XIX века открывались акушерские клиники при Московском (1806), Харьковском (1829), Казанском (1833), Киевском (1844) университетах. В первой половине XIX века появились работы и учебники по акушерству.

В 1821 г. в Москве было издано «Руководство к повивальной науке» профессора Медико-хирургической академии Дмитрия Левицкого. В 1843 г. вышло солидное руководство «Курс акушерской науки и женских болезней» профессора Медико-хирургической академии Г. И. Кораблева.

В 1865—1870 гг. появилось замечательное в смысле полноты изложения и в отношении оригинальности обширных материалов двухтомное руководство А. Я. Красовского: первый том — «Практическое акушерство», второй — «Оперативное акушерство». А. Я. Красовский, занимавший кафедру в Военно-медицинской академии с 1858 по 1876 г., создал большую школу, давшую много учеников, которые заведовали кафедрами в разных городах России. В 1886 г. А. Я. Красовский вместе с К. Ф. Славянским основал первое в России Акушерско-гинекологическое общество.

Среди многочисленных учеников А. Я. Красовского нужно отметить В. О. Мержеевского, который в 1878 г. опубликовал солидное оригинальное руководство для врачей и юристов «Судебная гинекология», которое по многим вопросам и особенно по богатейшей казуистике представляет большой интерес и значительную ценность.

В 1879 г. вышел ценный учебник «Курс акушерства» профессора Харьковского университета И. П. Лазаревича, в котором автор рассматривает и вопросы гинекологии, приводя схематические рисунки разных видов девственной плевы, и на основании 286 клинических наблюдений описывает механизм повреждений девственной плевы при половых сношениях и родах. Кроме своих наблюдений, И. П. Лазаревич приводит и литературу по данному вопросу.

Четвертый период развития акушерства и гинекологии в России, по В. С. Груздеву, охватывает период с 70-х годов XIX века до 1904—1905 гг. Однако с этим определением нельзя согласиться: четвертый период нужно продолжить до 1917 г. За этот длительный срок значительно продвинулись вперед все науки, в том числе акушерство и гинекология.

Кроме перечисленных крупных ученых, к выдающимся деятелям акушерства и гинекологии этого периода относятся: А. И. Лебедев,

П. И. Добрынин, В. Ф. Снегирев, Д. О. Отт, В. С. Груздев, С. Д. Михнов, Г. Ф. Писемский, В. Н. Орлов, Н. И. Побединский и многие другие, занимавшие кафедры, создавшие свои школы, опубликовавшие многочисленные труды и фундаментальные учебники.

За этот период, кроме расширения коечной акушерско-гинекологической сети, были созданы клиники и научные институты. Достижения русской акушерско-гинекологической науки стали известны далеко за пределами России.

С 1903 по 1911 г. состоялось четыре съезда российских акушеров-гинекологов, происходивших в Петербурге, Москве и Киеве. В 1910 г. в Петербурге состоялся V Международный конгресс акушеров-гинекологов.

На этих съездах, кроме вопросов, непосредственно относящихся к организации родовспоможения, а также клинических и экспериментальных исследований, было уделено внимание судебному акушерству и гинекологии.

На IV съезде в 1911 г. и на I Всеукраинском съезде акушеров и гинекологов с участием юристов в 1927 г. были разработаны вопросы криминального аборта. На последнем съезде подвергся обсуждению вопрос об ответственности акушера-гинеколога за случаи повреждений при операциях. В результате широкого обсуждения участники съезда высказались о необходимости повышения теоретической и практической квалификации врачей и о более углубленном преподавании студентам гинекологии и акушерства.

Таким образом, наряду с прогрессивными достижениями клинического акушерства и гинекологии обогащались новыми данными судебное акушерство и гинекология, так как расширились диагностические возможности и увеличились конкретные материалы для углубления методики судебно-медицинской экспертизы по обследованию живых лиц и для суждения о врачебных ошибках, упущениях и прочих особенностях профессиональной деятельности медицинского персонала.

К этому времени относится появление четвертого издания замечательной книги проф. В. Ф. Снегирева «Маточные кровотечения» (1907)¹, которую по справедливости называют энциклопедией гинекологии. В. Ф. Снегирев приводит морфологию девственной плевы и останавливается на механизме разрывов. В. Ф. Снегирев описал очень ценный симптом «ямки материнства». О нем подробно сказано в главе о признаках бывших первых родов доношенным плодом.

Первая мировая война и последовавшая за ней гражданская война неблагоприятно отразились на развитии всех отраслей науки, в том числе на акушерстве и гинекологии, но это отрицательное влияние продолжалось недолго.

Пятый период начался после Великой Октябрьской социалистической революции.

После Великого Октября дело родовспоможения и развитие гинекологии и акушерства, как и другие разделы советской медицины, достигло небывалого расцвета благодаря систематическим и планомерным заботам Коммунистической партии и Советского правительства. В связи с открытием большого количества медицинских учреждений возросло число клиник и медицинских учебных заведений.

Появились многочисленные медицинские журналы, охватывающие все разделы медицины. Планомерно стали созываться съезды и пленумы специалистов по различным разделам медицины, в том числе акушерско-гинекологические, а также всесоюзные совещания судебно-медицинских

¹ Первое издание вышло в 1884 г.

экспертов. Были организованы многочисленные научно-исследовательские институты по разным разделам науки, среди которых следует отметить институты акушерства и гинекологии и Государственный научно-исследовательский институт судебной медицины.

Благодаря достижениям общей медицинской науки и естествознания и в связи с возрастающими запросами медицины и права судебная медицина и судебная гинекология с акушерством достигли значительного прогресса. Во многих случаях судебно-медицинская экспертиза стала не только необходимой, но и обязательной составной частью судебного процесса.

* * *

Говоря об истоках отечественной судебной гинекологии и акушерства, необходимо отметить заслуги, принадлежащие в этом отношении основоположникам данной отрасли В. О. Мержеевскому и Э. Ф. Беллину.

В. О. Мержеевский является учеником А. Я. Крассовского. В 1871 г. он защитил диссертацию на тему «Судебно-медицинское исследование девственной плевы». Работа эта в свое время получила одобрение и была напечатана в журнале «Архив судебной медицины». Она посвящена главным образом вопросу дифференциальной диагностики разрывов девственной плевы от естественных углублений свободного края. Кроме того, в ней дается подробное описание анатомического строения девственной плевы и приводятся две таблицы в красках, хорошо иллюстрирующие разновидности девственной плевы.

Классическим трудом В. О. Мержеевского является «Судебная гинекология», изданная в 1876 г. Этот объемистый труд охватывает все вопросы судебной гинекологии и акушерства, в нем представлена богатейшая казуистика и подробный судебно-медицинский анализ весьма поучительных случаев. Это руководство, предназначенное для врачей и юристов и ставшее в настоящее время библиографической редкостью, долгие годы являлось настольной книгой для эксперта, следователя, прокурора и судьи.

Наряду с В. О. Мержеевским одним из основоположников русской судебной гинекологии является Э. Ф. Беллин — ученик И. П. Лазаревича. Еще будучи студентом, он в 1873 г. написал работу «О строении девственной плевы в различных физиологических состояниях», которая была опубликована в № 2 «Протоколов медицинской секции Общества опытных наук при Харьковском университете» за 1873 г. Э. Ф. Беллин продолжительное время занимался вопросами судебной гинекологии. Перед ним было открыто широкое поле деятельности, так как, помимо заведования кафедрой судебной медицины, он на протяжении 20 лет состоял старшим



В. О. Мержеевский.

судебным врачом Харькова. В 1896 г. Э. Ф. Беллин выступал на VI съезде Общества русских врачей в память Н. И. Пирогова с докладом «Исследование анатомического строения маточного влагалища и девственной плевы и их непосредственной взаимной связи, начиная с утробных состояний и кончая их полным физиологическим развитием» (напечатано в № 12 «Дневника съезда» в 1896 г.). Полное и подробное исследование некоторых вопросов судебной гинекологии, которой Э. Ф. Беллин занимался на протяжении многих лет, изложено в его большом атласе «Судебная медицина растления», изданном в 1896 г. Медицинским департаментом в С.-Петербурге.



Э. Ф. Беллин.

Атлас содержит следующие сведения: 1) очерк литературы о девственной плеве; 2) анатомо-физиологические данные о девственной плеве; 3) классификация девственной плевы; 4) дифференциальная диагностика разрывов девственной плевы; 5) методика судебно-медицинского освидетельствования девственной плевы; 6) строение и развитие гимена. В атласе имеется 125 рисунков разнообразных форм девственной плевы у лиц разного возраста и редкие рисунки, относящиеся к эмбриогенезу девственной плевы. Для судебно-медицинского эксперта этот труд до настоящего времени не утратил своего значения. Кроме того, Э. Ф. Беллин впервые описал наступление аборта при хроническом отравлении азотной кислотой. Среди трудов Э. Ф. Беллина по судебной медицине большое значение имеет

ряд работ о гипнозе: «Внушение и значение его в уголовно-следственной практике», «Гипноз, его значение в науке, праве и судопроизводстве» и др. Очень важно, что уже в то время (1893—1898) Э. Ф. Беллин глубоко материалистически рассматривал значение гипноза. Значительное количество работ и выступлений на съездах он посвятил вопросам улучшения преподавания судебной медицины на медицинском и юридическом факультетах. Кроме того, он неоднократно писал об улучшении качества судебно-медицинской экспертизы и дал рациональную методологию, описав ряд поучительных примеров.

В начале XX века вышли оригинальные русские руководства по судебной медицине А. С. Игнатовского, Н. Д. Косоротова, Н. С. Бокариуса.

В учебниках по судебной медицине для юристов Н. В. Полова, К. И. Татиева, М. И. Авдеева и др., несмотря на присущие им достоинства, мало внимания уделено одной из труднейших судебно-медицинских экспертиз — акушерско-гинекологической.

К этому же периоду относится издание солидных клинических учебников и руководств по акушерству и гинекологии. В 1922 г. В. С. Груздев выпустил «Курс акушерства и женских болезней» в двух томах. В 1927 г. вышло коллективное фундаментальное руководство по женским болезням под редакцией проф. Л. А. Кривского. В этом руководстве имеются два раздела, непосредственно относящихся к судебному акушерству

и гинекологии: статья С. М. Миронова «Повреждение женских половых органов. Инородные тела» и статья М. М. Миронова «Судебная гинекология», в которой автор кратко, но ясно и конкретно изложил основные вопросы судебной гинекологии, акушерства и педиатрии. Книга эта выпущена очень малым тиражом и в настоящее время является библиографической редкостью. Проф. М. М. Миронов, клиницист-гинеколог, длительное время состоял судебно-медицинским экспертом в Харькове.

В 1928 г. был издан «Курс судебно-медицинской экспертизы» К. А. Нижегородцева.

В 1934 г. Наркомздрав РСФСР издал согласованное с прокуратурой РСФСР «Положение о производстве судебно-медицинской экспертизы» и подробные «Правила амбулаторного судебно-медицинского акушерско-гинекологического исследования». Издание этих правил улучшило качество судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизы.

В 1935 г. вышел коллективный труд проф. М. Г. Сердюкова, Е. Е. Розенблюма и проф. В. М. Смолянинова «Судебно-медицинская акушерско-гинекологическая экспертиза». В этом руководстве даны в развернутом виде основы специфической методологии этого раздела науки. Руководство было рассчитано на врачей—судебно-медицинских экспертов и на работников следствия и суда. Изданное 28 лет назад малым тиражом оно давно стало библиографической редкостью.



М. М. Миронов.

В 1936 г. был выпущен учебник акушерства проф. К. К. Скробанского. В этом солидном труде судебно-медицинский эксперт может найти ответ на некоторые клинические и биологические вопросы.

В 1937 г. был издан ценный по своей полноте учебник акушерства проф. Г. Г. Гентера. В этой книге можно найти некоторые указания и казуистику по криминальному аборту.

В 1938 г. выпущены «Основы судебной медицины» под редакцией Н. В. Попова, а с 1940 по 1950 г. — три издания учебника по судебной медицине Н. В. Попова.

В 1953 г. появился учебник по судебной медицине М. И. Райского.

В этих руководствах кратко изложены вопросы судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизы.

За истекшие годы некоторые вопросы, например установление сроков нарушения целостности девственной плевы, изменились в своем содержании, добавилась экспертиза потери трудоспособности в связи с брачной жизнью, а также экспертиза по бракоразводным делам и пр.

Судебная медицина служит важным государственным задачам и должна оказывать помощь правосудию. По гражданским и уголовным делам часто требуется в порядке судебного процесса разъяснение деталей по

медицинским вопросам. Соблюдение подобных условий, несомненно, благоприятствует правильному построению приговора.

Поэтому наличие судебно-медицинского заключения и мнения судебно-медицинского эксперта как в гражданском, так и в уголовном процессе крайне важно, и это предусмотрено процессуальным кодексом. Наряду с другими судебными доказательствами экспертиза является реальной и важной необходимостью.

Огромная ответственность возлагается на судебно-медицинскую экспертизу. Разумеется, неудовлетворительное качество судебно-медицинской экспертизы может зависеть от неопытности эксперта, но не менее важным фактором, на который так часто указывают эксперты, является недостаток разработанных по материалам отечественной судебно-медицинской практики учебников и руководств отечественных авторов. В этом отношении в руководствах по судебному акушерству и гинекологии имеется большой пробел, который в меру наших сил и многолетнего клинического и преподавательского опыта мы стремимся восполнить.

ПОЛОВАЯ ЗРЕЛОСТЬ

Состояние половой зрелости характеризуется окончательным формированием организма женщины, т. е. наступлением того периода, когда половая жизнь, зачатие, беременность, роды, вскармливание ребенка являются для жизни женщины совершенно нормальной функцией, когда она отдает себе полный отчет о происходящем с ней и может воспитать ребенка, будучи способна к выполнению материнских обязанностей.

Судебно-медицинская экспертиза по определению половой зрелости проводится у несовершеннолетних в случае раннего начала половой жизни по требованию ЗАГСа для разрешения вступления в брак, когда регистрация еще не допускается ввиду отсутствия брачного возраста, но свидетельствуемая уже живет половой жизнью, имеет ребенка и желает оформить брак; далее, при развращении несовершеннолетних, изнасиловании их и в других случаях.

Советское законодательство особо охраняет половую неприкосновенность малолетних и несовершеннолетних (статья 117 и 119 Уголовного кодекса РСФСР).

Дореволюционное законодательство 1903 г. охраняло от половых посягательств девочек до 16 лет, различая при этом насилие с растлением и растление без насилия, но с использованием неведения малолетней.

Советское законодательство в уголовных кодексах республик, а именно в статьях 117 и 119 Уголовного кодекса РСФСР, 117 и 120 Уголовного кодекса УССР и 115 и 117 Уголовного кодекса БССР, которыми охраняется половая неприкосновенность несовершеннолетних, не указывает возраста половой зрелости, тем самым возлагая на судебно-медицинскую экспертизу определение ее в каждом конкретном случае.

В иностранных законодательствах возраст, после которого прекращается охрана половой неприкосновенности девочек, определен в 14 лет.

Несмотря на то что для установления половой зрелости имеется ряд фиксированных и достаточно типичных показателей, в ряде случаев такая экспертиза представляет немало трудностей и условностей. Затруднение в решении этого вопроса чаще всего возникает тогда, когда время наступления половой зрелости приходится определять значительно позднее совершения преступления. Между тем суд или органы расследования требуют точного определения этой даты.

В таких случаях, кроме фактора времени, огромное значение имеет то важное обстоятельство, что развитие организма женщины и наступление половой зрелости совершается постепенно, в среднем в течение 3—4 лет.

В этот переходный период роста и возмужалости происходит перестройка организма и развитие нейро-эндокринных специфических влияний

половых желез, обуславливающих переход организма из детского и подросткового состояния в половозрелое.

Наш кодекс законов о браке, семье и опеке устанавливает брачный возраст с 18 лет. Разрешение вступления в брак в этом возрасте основывается на том, что огромное большинство женщин, достигших 18 лет, как по общему развитию, так и в отношении развития половых органов действительно вполне подготовлено к выполнению функций материнства.

Наш личный 30-летний опыт работы в Московской городской судебно-медицинской экспертизе практически подтвердил силу и значение этого закона, так как, действительно, в подавляющем большинстве случаев только в 17—18-летнем возрасте наступает полное формирование женского организма с правильным и циклическим проявлением всех его функций, в том числе и функций половых органов. Однако существуют различные отклонения в сроке наступления половой зрелости, а именно преждевременное наступление половой зрелости и запаздывание срока наступления половой зрелости.

В судебно-медицинской экспертизе при определении половой зрелости нужно учитывать совокупность следующих признаков полноценности развития организма обследуемой и готовности ее к функции материнства.

1. Общее развитие организма.
2. Развитие женских половых органов и способность к совокуплению.
3. Способность к зачатию.
4. Способность к вынашиванию плода.
5. Способность к родоразрешению.
6. Способность к вскармливанию.
7. Достаточное развитие психики, сознания, ориентировки в происходящем.

Общее развитие организма

На формирование и состояние половой зрелости большое влияние оказывают условия внешней среды, которые могут подчеркивать или сглаживать конституциональные факторы и даже изменять начальную форму развития тела и его функциональные особенности. Экспериментальные и клинические наблюдения показывают, что многие мероприятия, например занятия физкультурой, нередко меняют не только облик человека, но и направленность функций его организма.

Период наступления половой зрелости характеризуется изменениями во всем организме женщины не только физического, но и психического характера. Девочка-подросток в короткий срок развивается в половозрелую девушку.

Общий вид подростка изменяется благодаря отложению жира в области тазового и плечевого пояса, формы тела приобретают типичную, свойственную женщине округлость. Появляются вторичные половые признаки. Размеры таза увеличиваются, половые органы развиваются и достигают половой зрелости.

Поэтому общее состояние свидетельствуемой, соответствие внешнего вида указываемому возрасту, отсутствие или наличие пороков общего развития, недоразвитость (инфантилизм), омужествление, евнухоидизм и другие отклонения имеют важное значение при экспертизе.

Судебно-медицинское значение соответствия внешнего вида возрасту связано с тем, что обвиняемый мог принять девушку, не достигшую половой зрелости, за зрелую женщину.

При определении достижения половой зрелости большую роль играет наличие и выраженность вторичных половых признаков, кото-

рые ко времени приближения половой зрелости постепенно развиваются. Приводим показатели зрелости в акте обследования.

Рост у девочек 145—150 см, иногда выше (измерение производится ростомером или сантиметровой лентой).

Длина туловища 56—58 см (измерение производится от VII шейного позвонка до копчика).

Окружность груди при вдохе и выдохе колеблется в связи с отложением жира и в среднем, по данным Московской городской судебной экспертизы, составляет 83—86 см при вдохе и 73—76 см при выдохе (измерение производится на уровне лопаток).

Окружность плеча в средней трети 30—31 см.

Окружность голени в средней трети 40—41 см.

Таз: наименьшие размеры между вертелами составляют 29 см, между остями— 23 см, между гребешками— 25 см и больше, наружная конъюгата— 17 см и больше.

Важно далее установить наличие больших коренных зубов: число зубов должно быть не менее 28. Иногда бывают видны уже прорезавшиеся зубы мудрости.

Способность к совокуплению

Для нормальных половых сношений требуется достаточное развитие наружных половых органов, допускающее свободное введение полового члена во влагалище. При достижении половой зрелости половые органы должны быть правильно развиты и сформированы соответственно возрасту (рис. 1).

При растягивании больших половых губ — наружные женские половые органы напоминают воронкообразное углубление, на дне которого имеются: вверху отверстие мочеиспускательного канала, а ниже его — вход во влагалище.

Углубление носит название половой щели. По бокам ее расположены две параллельные складки, которые состоят из кожи с подкожной клетчаткой и без заметной границы поднимаются кверху в область соединения лобковых костей. Наибольшую высоту и ширину большие губы имеют сверху; у входа во влагалище они становятся ниже и уже, а на границе промежности исчезают, соединяясь между собой поперечной складкой, носящей название уздечки губ. Тотчас под уздечкой при растягивании губ видна так называемая ладьевидная ямка.

Ко времени наступления половой зрелости большие губы увеличиваются, становятся богаче жиром и сальными железами, приобретают упругость, плотнее покрывают половую щель. Внутренняя поверхность губ гладкая, нежно-розовой окраски, влажная от выделения слизистых желез, секрета которых связана с правильной функцией яичников.

Малые половые губы представляют собой тонкие листовидные складки. Они находятся внутри половой щели, начинаются от кожного покрова



Рис. 1. Женские наружные половые органы.

клитора и тянутся вдоль основания больших губ кзади, не доходя до конца половой щели и оканчиваясь большей частью на уровне средней и нижней трети больших губ. Малые губы отделены бороздой от больших губ. У нерожавших женщин они соединяются сзади в виде тонкой складочки.

При нормально развитых половых органах малые губы прикрыты большими, но иногда они бывают значительно развиты и тогда выступают над их поверхностью. Под основанием малых половых губ расположены с обеих сторон густые венозные образования, напоминающие пещеристые тела мужских половых органов.

Клитор расположен впереди от мочеиспускательного канала. У клитора различают головку и тело. Он состоит из двух кавернозных тел. На одну треть кавернозные тела сращены между собой и образуют свободную часть клитора, а задние части клитора расходятся и прикреплены к нисходящим ветвям лобковых костей. Свободная часть клитора покрыта подвижной кожей и образует уздечку. Преддверие, или вход во влагалище, прикрыто девственной плевой, представляющей собой сочетание нескольких тканей. Она имеет большей частью кольцевидную форму, но нередко отклоняется от типичной формы и представляет много разновидностей, о чем более подробно будет сказано ниже.

Установление точного возраста, когда половые органы девушки способны к совокуплению, до некоторой степени затруднительно. Некоторые девушки способны к совокуплению с нормальным взрослым мужчиной к 14—15-летнему возрасту. Ранее этого возраста первые половые сношения бывают болезненны, затруднены и сопровождаются травмой, но позднее при систематической половой жизни и в столь раннем возрасте, вследствие растяжимости влагалища у подростков, в ряде случаев половые сношения становятся возможными.

Способность к зачатию

Одним из главнейших и существенных признаков наступившей половой зрелости является способность к зачатию. Как известно, она связывается с первым появлением менструации, правильно установившейся и получившей периодический цикл, и свидетельствует о наличии овуляции, а тем самым и о возможности зачатия. С наступлением половой зрелости из каждой первичной яйцеклетки образуется фолликул, в котором созревает яйцо. Фолликул «лопается», и из него выходит зрелое, способное к оплодотворению яйцо.

В этом направлении большое значение придают вопросу о взаимоотношении между менструацией и овуляцией. Овуляция действительно приурочивается ко времени менструации, так как для своего осуществления она требует продолжительного и значительного прилива крови к половым органам. Кроме кровенаполнения, в этом процессе огромную роль играет нервная система, а именно кора головного мозга, так как существуют формы так называемой кортикальной аменореи — отсутствия менструаций. Вне менструации овуляция наблюдается в патологических случаях. Иногда можно наблюдать замену нормальной овуляции кровоизлиянием в фолликул с образованием кист желтого тела.

Вполне зрелый яичник выполняет три главные функции: 1) функцию, оказывающую влияние на строение женской особи, а именно на форму таза, на развитие жира, оволосение, темперамент и пр., 2) вегетативную функцию, состоящую в поддержании достаточного тургора и развития гениталий, 3) генеративную функцию, связанную с созреванием фолликула, выделением яйцеклеток, правильным регулированием менструального цикла.

Следует помнить, что женские половые органы — влагалище, матка, маточные трубы, яичники — обладают большим количеством интерорецепторов, при помощи которых они тесно связаны с корой головного мозга, с этим распорядителем и контролером всех функций организма. Центробежные и центростремительные импульсы, возникшие в нервной системе, регулируют деятельность организма, в том числе и рост генитального аппарата.

Поэтому надо иметь в виду, что при установлении половой зрелости важную роль играет состояние не только наружных, но и внутренних половых органов — влагалища, матки, маточных труб и яичников (рис. 2).

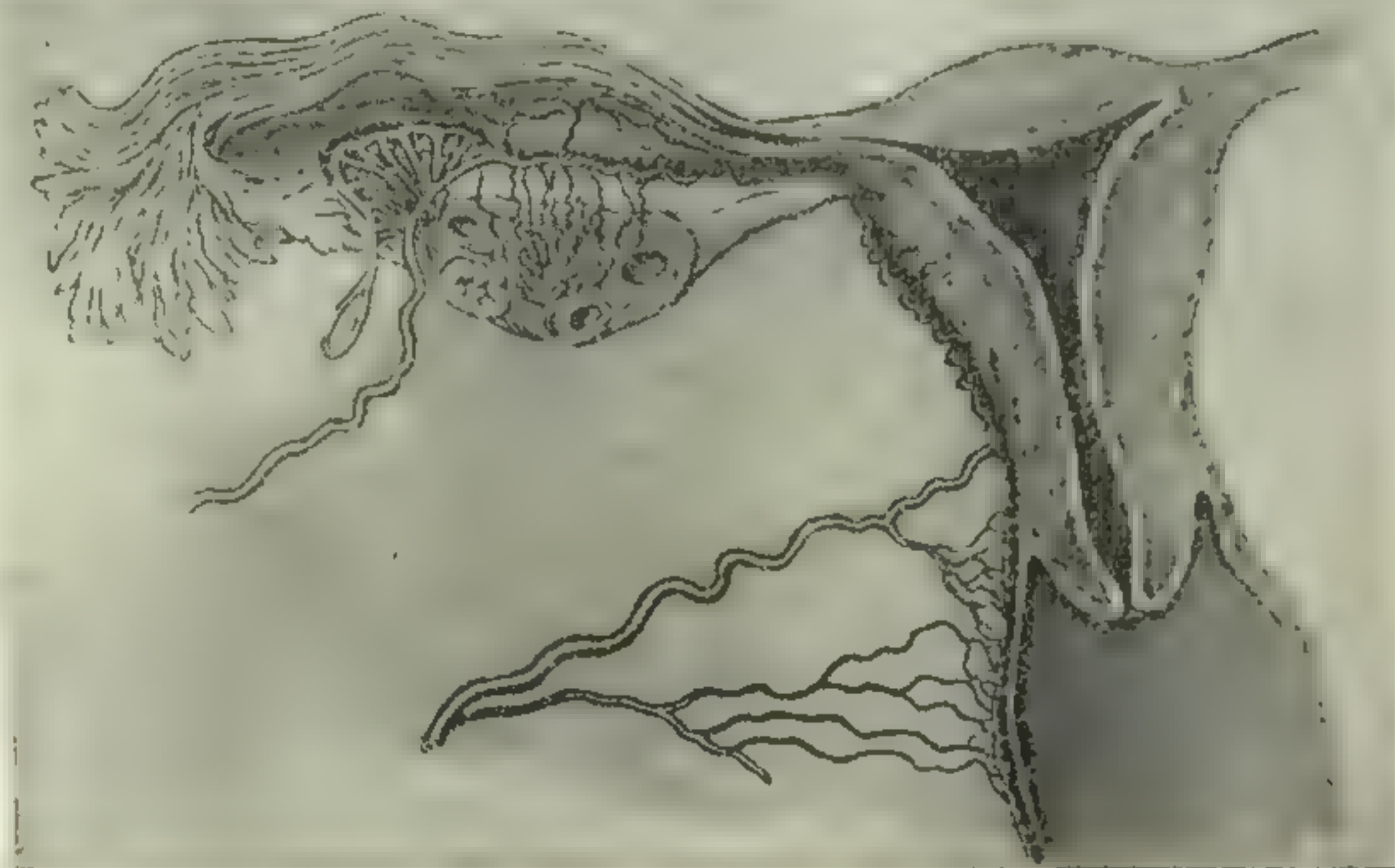


Рис. 2. Женские внутренние половые органы.

Дата установления менструаций и их характера при определении половой зрелости имеет большое клиническое, судебномедицинское и криминалистическое значение. Наличие половой зрелости характеризуется установлением правильного типа менструальной функции, причем менструации устанавливаются сразу и чаще всего имеют трехнедельный или четырехнедельный и реже двухнедельный цикл. Если они устанавливаются не сразу, идут с перерывами, отсутствуют на тот или иной срок, имеют отклонения в количественном отношении или сопровождаются болями, то это расценивается как признак неполного развития полового аппарата женщины или как свидетельство наличия какой-нибудь патологии даже и у не живущих половой жизнью.

В нормальных условиях наступление первой менструации падает на второе десятилетие жизни. О времени появления первой менструации как о факторе созревания имеются многочисленные наблюдения.

Согласно современным данным И. В. Белутина (Ленинград), первая менструация наступает в среднем в возрасте $14\frac{3}{4}$ лет. По более ранним дореволюционным данным В. С. Груздева, основанным на разработке 12 000 историй болезни женщин, приехавших в Петербург из разных областей России, менструации наступали в $15\frac{3}{4}$ года.

Приведенные данные относятся к территории, охватываемой в настоящее время РСФСР. Женщины южных народностей начинают менструировать раньше. Умственный труд способствует более раннему появлению менструаций. У женщин, занимающихся физическим трудом, менструации обычно начинаются позднее.

По данным Московской городской судебно-медицинской экспертизы за 14 лет (с 1917 по 1931 г.), первые менструации у 50% женщин наступали между 14 и 16 годами, у 30% — между 17 и 19 годами, у 12% — между 11 и 12 годами и у 8% — в возрасте 20 лет.

Значительный интерес представляет исследование проф. Г. Я. Арешева «О половой зрелости у армянок»¹. На основании 5000 случаев автор приходит к выводу, что мнение о раннем созревании южанок (в 12—14 лет) лишено научного обоснования и может иногда привести к ошибочным заключениям. В качестве показателей наступления половой зрелости автор брал дату наступления менструаций, развитие скелета, в частности таза, и рост. Оказалось, что у 77,4% женщин менструации начались в 15,05 года, у 0,72% — в 9—11 лет и у 0,98% — от 19 до 22 лет. Таким образом, дата наступления менструации приближается к цифрам средней Европы. Автор отмечает небольшую разницу во времени наступления менструации у «сельчанок» (в 15,2 года) и жительниц города (в 15 лет).

Средние размеры таза в возрасте от 15 до 17 лет следующие: расстояние между остями 23,2 см, между гребешками 26 см, между вертелами 29,6 см, диагональная конъюгата 18,6 см. Средний рост в 15—17 лет 150,3 см.

Сравнивая приведенные показатели с показателями Германии и Италии, автор считает возможным объяснить некоторую разницу в показателях Италии, находящейся почти на одной широте с Арменией, более высоким стоянием Армении над уровнем моря и более континентальным климатом.

Принято считать, что только с наступлением менструаций женщина способна забеременеть, так как менструация является важнейшим признаком наступления полового созревания. Однако ряд достоверных данных показывает, что овуляция, т. е. выделение годных к оплодотворению яиц, может наступить раньше, до появления первых менструаций, как показывают случаи беременности у не достигших по другим признакам половой зрелости, и не менструировавших, а также у женщин в военное время при длительном отсутствии менструации (аменорея военного времени).

При средней продолжительности менструаций 3—5 и 6—8 дней количество ежедневно теряемой крови колеблется в среднем от 50 до 100 г. Менструальная кровь имеет более темный цвет, содержит значительное количество слизи, отличается большой щелочностью, не свертывается, имеет специфический запах, в ней меньше форменных элементов и гемоглобина, ее молекулярная концентрация и удельный вес понижены.

Таким образом, при оценке достижения половой зрелости наличие или отсутствие менструальной функции без сочетания с другими признаками не играет решающей роли.

Способность к вынашиванию плода

Способность женщины вынашивать плод тесно связана с величиной матки и правильностью ее строения. Нормально развитая и правильно сформированная матка характеризуется своей величиной и пропорциями шейки по отношению к телу. У достигших половой зрелости тело матки составляет в норме $\frac{2}{3}$ всей длины, а шейка — $\frac{1}{3}$. Матка обладает хорошо развитой мышечной системой и способна к сокращениям и прогрессивному увеличению при наступлении беременности, к концу которой она увеличивается в 20 раз. При обратных взаимоотношениях, т. е. шейка удлинена и составляет $\frac{2}{3}$ всей длины матки, а тело только $\frac{1}{3}$, матка считает-

¹ Журнал акушерства и гинекологии, 1955, т. X, кн. 1.

ся недоразвитой, инфантильной. Такой матке часто сопутствует и недоразвитая, так называемая коническая шейка. В случаях, если шейка и тело имеют одинаковую длину, матка носит название девичьей; она характерна для подросткового возраста. Кроме этих форм, встречается и равномерно недоразвитая матка, уменьшенная во всех размерах, так называемая гипопластическая, которая по величине соответствует матке 10-летней девочки. Эти отклонения дают полное право на заключение, что обследуемая не достигла половой зрелости, ибо такая матка не способна к вынашиванию плода. При инфантильных матках, если беременность и наступает, то большей частью заканчивается абортom, так как матка в силу несовершенства мышечной системы неспособна к прогрессирующему росту, обязательному для нормальной беременной матки.

Таблица 1

ВОЗРАСТНОЙ РОСТ МАТКИ И ЯИЧНИКОВ (В САНТИМЕТРАХ) ПО Л. Л. ОКИНЧИЦУ

Возраст	Длина всей матки	Длина шейки	Длина тела	Попереч- ный размер шейки	Попереч- ный размер тела матки	Длина яични- ков	Толщи- на яич- ников
Новорожденная 3½ месяцев	3,5	2	1,5	1,5	0,8	1,7	0,5
Ребенок 2 лет	2,4	1,3	1,1	0,8	0,4	2	0,7
Ребенок 4 лет	3	1,5	1,5	1	0,6	2,6	0,8
Ребенок 8 лет	3,75	1,75	2,0	1,4	0,8	2,75	1
Девушка 16 лет	7,5	2,5	5	2	3	4	1,5

Из табл. 1, составленной Л. Л. Окинчицем на основании большого материала, видно, что после рождения до двухлетнего возраста происходит уменьшение размеров матки, затем это уменьшение приостанавливается до 4-го года жизни, когда матка начинает расти и увеличиваться в размерах. Сначала это увеличение идет медленно. К 8—10 годам матка приобретает размер матки новорожденного ребенка. По мере приближения к половой зрелости рост матки снова ускоряется. Из таблицы ясно видно, что рост матки находится в соответствии с постепенным увеличением яичников, причем особенно заметно это выявляется к началу половой зрелости.

Приведенные показатели необходимы как при обследовании живых лиц, так и при вскрытии умерших, когда требуется дать оценку состояния развития внутренних половых органов, главным образом матки.

Способность к родоразрешению

Один из важнейших признаков достижения половой зрелости — способность к родоразрешению. Кроме соответствующего развития матки, большая роль в этом отношении принадлежит емкости таза, его размерам и правильному формированию. В большинстве случаев у девушек 16—17 лет таз достигает размеров, допускающих рождение плода средних размеров. Однако к этому вопросу нельзя подходить только с точки зрения механизма родов. Надо иметь в виду, что беременность и роды вызывают настолько серьезные сдвиги как в физическом развитии, так и в психике женщины, что без ущерба для здоровья не следует допускать продолжение беременности и родоразрешение у 14—15—16-летних даже при удовлетворительном состоянии размеров таза.

Способность к вскармливанию ребенка

На способность вскармливания и воспитания ребенка при определении половой зрелости, как правило, обращают мало внимания как в процессе экспертизы, так и на суде. Практически же вся тяжесть по уходу за ребенком и по его вскармливанию ложится прежде всего на мать. Естественно, что чем моложе мать, тем труднее ей справиться с этим ответственным делом. Кроме вскармливания ребенка, на мать же по преимуществу возлагается и воспитание ребенка, что тесно связано со степенью ее подготовленности к самостоятельному существованию.



Рис. 3. Методика измерения молочных желез при определении половой зрелости.

При оценке способности к вскармливанию большую роль играет достаточное развитие молочных желез, способность их к полноценной функции и нормальная форма соска, о чем подробно говорится при описании вторичных половых признаков.

Молочные железы в детском возрасте имеют вид небольших кружков розового цвета диаметром 1—2 см, расположенных над IV ребром, с соском величиной с просыное зерно. По мере развития всего организма и достижения половой зрелости молочные железы увеличиваются в объеме, и в них, кроме жировой клетчатки, развивается железистая ткань. К вторичным половым признакам достижения половой зрелости относится такое обособление и такая форма соска, которая позволяет ребенку захватить его при кормлении. Чаще встречается цилиндрическая форма сосков, но бывают конические, плоские и втянутые соски и как особо патологическая — изрытая форма их. Соски последних трех форм непригодны для кормления. По достижении половой зрелости молочная железа округляется, околососковый кружок получает определенное оформление и вне беременности приобретает цвет соответственно окраске кожи и волос — от бледно-розового до коричневого.

До настоящего времени было принято чисто субъективно различать по величине большие, средние и малые молочные железы, а по форме — шаровидные, конические и отвислые.

В размерах молочной железы огромную роль играют тургор тканей, степень развития подкожножирового слоя, соблюдение гигиенических мероприятий, т. е. ношение соответствующей одежды, бюстгальтеров.

Нередко у женщин, не живущих половой жизнью, у девственниц встречаются отвислые большие молочные железы, например в 18 лет 32×23 см.

В целях более точного определения величины молочной железы мы предложили более объективный метод, проверенный в течение 10 лет в Московской городской судебно-медицинской экспертизе, а в последнее время и в Московской областной судебно-медицинской экспертизе: сантиметровой лентой измеряют от края до края железы через сосок ее вертикальный и горизонтальный размер (рис. 3).

Преимущества этого метода состоят в том, что он дает объективное представление о величине молочных желез, совершенно ясное не только для первой инстанции, т. е. для последующего эксперта, но также для второй и третьей инстанции и суда. Кроме этого измерения, конечно, необходимо точно описать форму сосков и указать степень их выраженности.

Приводим таблицу средних размеров молочной железы по возрастам, составленную по данным обследования 500 лиц в возрасте от 11 до 25 лет (табл. 2).

Таблица 2

РАЗМЕР МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ САНТИМЕТРАХ			
Возраст в годах	Средний размер через сосок в горизонтальном и вертикальном направлении	Отклонение от средних цифр в сторону	
		уменьшения	увеличения
11—15	$11 \times 13,5$	2×4 (при общем недоразвитии)	12×16 и больше (при преждевременной половой зрелости)
16—18	17×18	12×15	Иногда больше 12×30 (у рожавших)
19—20	18×20	12×15	То же
21—23	20×23	12×15	29×30
23—25	23×25	12×15	30×29

Ко вторичным половым признакам, также важным при решении вопроса о наступлении половой зрелости, относится развитие оволосения, его характер и степень выраженности. Вначале волосы появляются в области половых органов, а затем уже в подмышечных впадинах.

Проф. Штефко различает четыре степени оволосения в подмышечных впадинах: 1) отсутствие волос; 2) первые отдельные волоски; 3) достаточно выраженный волосяной покров; 4) волосяной покров, достигший полного развития.

В тех случаях, когда оволосение скудное, в форме отдельных волосков, необходимо измерить длину волос как в подмышечных впадинах, так и на половых органах. Наличие волос с завитками указывает на длительное существование и трение об одежду.

Развитие волосяного покрова на лобке определяется пятью вариантами: 1) отсутствие волос; 2) единичные волосы на ограниченном пространстве в центре лобковой области; 3) довольно густые волосы, хотя промежутки между ними ясно заметны и волосяной покров до бедер не доходит; 4) волосяной покров занимает всю лобковую область, заходит на бедра, намечаются завитки волос; 5) волосы развиты так же, как в предыдущем варианте, но они гуще и отмечается рост волос по средней линии живота.

Развитие психики, сознания. Ориентировка в происходящем

При определении достижения половой зрелости важно установить степень общего умственного развития свидетельствуемой, отдает ли она себе ясный отчет о всем происшедшем, как относится к ожидаемому ребенку и пр.

Трудность точной диагностики половой зрелости состоит в том, что как основные, так и второстепенные половые признаки появляются не все сразу, а развиваются постепенно, в течение нескольких лет. Для полноценного заключения необходимо уметь оценить состояние всего организма в целом, учитывая все признаки половой зрелости, так как только одного или нескольких признаков для положительного заключения недостаточно.

Совершенно неприемлемы следующие заключения: «не вполне достигла половой зрелости», «находится в стадии достижения половой зрелости», «в судебномедицинском отношении достигла половой зрелости, а в биологическом не достигла» или наоборот.

Недопустимо пользоваться разной терминологией для обозначения половой зрелости, например: «половая зрелость в судебномедицинском отношении» или «половая зрелость в биологическом отношении», так как половая зрелость является совершенно определенным целостным понятием. Судебномедицинский эксперт, оценивая все данные обследования, обязан дать четкий ответ на поставленный вопрос в следующих формулировках:

- 1) достигла половой зрелости,
- 2) не достигла половой зрелости.

Приводим образцы заключений при экспертизе по половой зрелости.

1. У., 14 лет, половой зрелости не достигла и по физическому и общему развитию соответствует своему возрасту.

2. Г., 17 лет, половой зрелости не достигла в связи с отсталостью в общем развитии и наличием недоразвитой матки. Г., кроме того, является умственно дефективной (слабоумие) и подлежит дополнительному обследованию экспертом-психиатром.

3. Целость девственной плевы у подростка Л., 16 лет, давно нарушена. Срок нарушения за давностью времени определить не представляется возможным. В настоящее время беременна. Срок беременности 8 лунных месяцев, течение беременности нормальное. В связи с общим недостаточным развитием и особенно недоразвитием таза Л. половой зрелости не достигла.

4. Целость девственной плевы у З., 16 лет, нарушена. Срок нарушения 2—3 дня назад, т. е. соответствует времени происшествия (указать дату). Повреждения на теле в виде кровоподтеков на правой руке и левой ноге могли быть получены от воздействия тупого твердого предмета, относятся к разряду летких, без расстройства здоровья; срок возникновения их соответствует времени происшествия. Половой зрелости З. не достигла (недостаточное развитие матки и таза). Направлена в венерологический диспансер для выявления возможного заражения. Взяты мазки из влагалища для обнаружения спермы.

5. Целость девственной плевы у Б., 15 лет 8 месяцев, нарушена давно. Срок нарушения ее в настоящее время установить не представляется возможным. Половой зрелости Б. не достигла вследствие недоразвитости матки и таза, хотя выглядит старше своего возраста.

РАННЯЯ ПОЛОВАЯ ЖИЗНЬ, БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПРИ НЕДОСТИЖЕНИИ ПОЛОВОЙ ЗРЕЛОСТИ

Ранняя половая жизнь, беременность и роды у недостигших половой зрелости оказывают значительное влияние на формирование организма и психику. Многое зависит от того, с какого возраста началась половая жизнь. Важным обстоятельством является и тип конституции — особенности строения и состояние нервной системы.

Установлено, что ранняя половая жизнь у физически недоразвитых подростков действует отрицательно, угнетающе, как нагрузка, не соответствующая возрасту. В связи с этим, в частности, наблюдается задержка наступления менструаций и удлинение их цикла. Приведем примеры.

1. К., 14 лет 2 месяца. Свидетельствуется для установления половой неприкосновенности. Менструаций еще не имела. С 9 лет по принуждению живет половой жизнью. Правильно сложена, значительно пониженного питания, грудная клетка резко вытянута. Рост 161 см. Окружность грудной клетки 73—76 см. Размеры таза: расстояние между осями 28 см, между гребешками 22,5 см, между вертелами 21,5 см, диагональная конъюгата 16,5 см. Молочные железы совершенно неразвиты, железистая ткань отсутствует, соски величиной с просыное зерно. Оволосение в подмышечных впадинах в виде отдельных волосков; на лобке и больших губах редкие пушковые, короткие волосы.

Наружные и внутренние половые органы сформированы правильно. Девственная плева в прошлом кольцевидной формы, средней высоты и мясистости, с гладким, закругленным и несколько утолщенным свободным краем, на цифрах от 4 до 7 циферблата часов. Край девственной плевы совершенно сглажен и почти отсутствует. Отверстие плевы круглой формы, свободно пропускает указательный палец, кольцо сокращения отсутствует. Вход во влагалище расширен. Поперечные складки переднего и заднего свода отсутствуют. Задний и боковые своды расширены, углублены и по объему не соответствуют возрастной норме; шейка конической формы.

Свидетельствуемая сообщила, что первые сношения были болезненны, а при последующих боли уже не было. К. находится в состоянии депрессии, замкнута и подавлена, половая жизнь ее тяготит, о чем она заявила прокурору.

З а к л ю ч е н и е Московской городской судебно-медицинской экспертизы: 1) К., 14 лет 2 месяцев, половой зрелости не достигла; 2) целостность девственной плевы нарушена давно, срок нарушения ее в настоящее время установить не представляется возможным; 3) состояние половых органов — девственной плевы, входа во влагалище, влагалища и сводов его — дает основание считать, что имели место многократные половые сношения; 4) ранняя половая жизнь у К. неблагоприятно отразилась на состоянии всего организма и, в частности, на состоянии нервной системы.

2. К., 14 лет 3½ месяца. Свидетельствовалась в мае 1941 г. для установления половой зрелости.

Сообщила, что с начала июля 1940 г. жила регулярной половой жизнью. При первом половом сношении была небольшая боль; крови не заметила. О возможности беременности не думала, но когда в течение 3 месяцев задержалась менструация, обратилась в консультацию, где была установлена беременность 3½ месяцев. В декабре 1940 г. упала, появились схваткообразные боли, кровотечение сгустками. Была направлена в родильный дом, где подверглась операции выскабливания матки.

С п е ц и а л ь н ы й а н а м н е з. Менструация с 14 лет, проходит регулярно, без боли, по 5 дней, через 4 недели. До июля половой жизнью не жила, настоящая беременность закончилась выкидышем.

Общее состояние. Выглядит старше своих лет. Правильного телосложения, хорошего питания. Рост 148 см, окружность грудной клетки 76—82 см, размеры таза: между вертелами 29 см, между осями 22 см, между гребешками 20 см, наружная конъюгата 16,5 см.

В т о р и ч н ы е п о л о в ы е п р и з н а к и. Молочные железы хорошо развиты, полушаровой формы, размером 18—20 см. Околососковые кружки коричневой окраски. Соски цилиндрической формы, не вполне обособлены, также коричневой окраски. Оволосение в подмышечных впадинах выражено слабо, на лобке хорошо.

Н а р у ж н ы е и в н у т р е н н и е п о л о в ы е о р г а н ы сформированы правильно, развиты хорошо. Малые губы фартукообразного типа, пигментированы. Слизистая оболочка входа и девственной плевы розовой окраски. Имеются выделения молочно-белого цвета. В мазках гонококков и другой патогенной флоры не обнаружено. Девственная плева в прошлом кольцевидной формы, низкая, средней мясистости. Свободный край от цифры 6 до 8 циферблата часов снижен, сглажен. На цифре 7 имеется старый разрыв до основания плевы; края разрыва закруглены, утолщены.

Отверстие плевы в растянутом виде круглой формы, свободно пропускает два пальца, т. е. имеет 3,5 см в диаметре. Шейка матки небольшая, тело ее также меньше нормы, отклонено вправо вследствие асимметричного укорочения правого связочного аппарата — широкой и крестцово-маточной связок.

Заключение Московской городской судебно-медицинской экспертизы: 1) К., 14 лет 3½ месяцев, половой зрелости не достигла как к моменту вступления в половую жизнь, т. е. к июлю—августу 1940 г., так и в настоящее время, хотя выглядит старше своих лет, что могло зависеть от стимулирующего влияния беременности, а также от половой жизни; 2) целостность девственной плевы у подростка К. нарушена давно. Срока нарушения ее в настоящее время установить не представляется возможным.

В противоположность первому примеру настоящий случай показывает, что при условии хорошего телосложения ранняя половая жизнь и беременность могут оказывать стимулирующее влияние на весь организм в целом, что сказывается на общем виде, но не ускоряет в полной мере наступления половой зрелости, и также подтверждается третьим примером. Несмотря на видимую возможность, у К. половые органы остались недоразвитыми, на что указывает укорочение связочного аппарата с дислокацией матки вправо и, самое главное, наличие инфантильной, недоразвитой, уменьшенной в размере матки, оказавшейся несостоятельным плодотворным плодотворением, в результате чего наступил самопроизвольный аборт, который свидетельствуемая без достаточных оснований связывает с падением.

З. Р., 15 лет 9 месяцев. Свидетельствуется 18/III 1950 г. для установления половой зрелости и определения возраста. Жалуются на бели; при исследовании выделений гонококки не обнаружены.

Специальный анамнез. Менструации с 12 лет. Установились не сразу, были перерывы по несколько месяцев, приходят и теперь нерегулярно — то чаще, то реже, не имея правильного цикла. Даты последней менструации точно не помнит — в конце февраля или в начале марта. Половой жизнью начала жить с 9 марта 1949 г., т. е. около года назад. Беременности, родов, аборт не имела.

Общее состояние. Правильного телосложения, хорошего питания, подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Рост 155 см. Окружность грудной клетки 87—99 см. Число зубов 28. Размеры таза: между вертелами 28 см, между остями 21 см, между гребешками 22 см, наружная конъюгата 16 см.

Вторичные половые признаки. Молочные железы полусферической формы, развиты хорошо, упруги, размером 17 × 23 см. Соски обособлены, из них ничего не выдавливается. Околососковые кружки бледно-розовой окраски. Оволосение в подмышечных впадинах выражено удовлетворительно, волосы подстрижены.

Наружные и внутренние половые органы. Оволосение на лобке хорошо выражено, на больших губах волос мало. Слизистая оболочка входа во влагалище, больших и малых губ в состоянии воспалительного раздражения, ярко-красного цвета; имеются гнойные выделения. Девственная плева в прошлом кольцевидной формы, мясистая, с расщепленным краем в горизонтальном направлении. На цифре 3 циферблата часов имеется старый разрыв до основания, края его утолщены, закруглены, у основания белесоватый рубец звездчатой формы. На цифре 3 имеется второй разрыв, не доходящий до основания, также с закругленными, утолщенными краями. На цифре 9 третий рубец с такими же утолщенными и закругленными краями. Кольцо сокращения отсутствует. Отверстие девственной плевы при растяжении 3,5 см в диаметре, свободно пропускает два пальца. Шейка матки укорочена, конической формы, тело матки недоразвито, инфантильного типа, с нормальным перегибом кпереди, меньше и плотнее, чем в норме. Придатки не определяются. Влагалищные своды укорочены.

Заключение: 1) целостность девственной плевы у подростка Р. нарушена давно. В настоящее время установить срок нарушения не представляется возможным, а следовательно, нельзя выяснить, к какому времени относится начало половой жизни; 2) Р. половой зрелости в настоящее время не достигла, о чем свидетельствуют недостаточные размеры таза, недоразвитие матки, неправильная менструальная функция; 3) ко времени начала половой жизни (март—октябрь 1949 г., что указано в постановлении следователя и самой Р.) половой зрелости свидетельствуемая не достигла; 4) в настоящее время возраст Р. приближается к 16 годам; 5) Р. выглядит старше своих лет, так как ранняя половая жизнь могла оказать стимулирующее влияние на ее общее физическое развитие.

4. В., 12 лет, освидетельствована 14/X 1942 г. для установления половой зрелости.

Специальный анамнез. Менструации с 11 лет по 3—4 дня через 2—3 недели, последняя 12/X. В возрасте 9 лет был совершен половой акт. В сентябре, через 3 года после первого полового сношения, имела еще половые акты. При этом ощущала болезненность; крови не было. Беременности, родов, аборт не имела.

Общее состояние. Выглядит старше своих лет. Объем грудной клетки 82 × 75 см. Рост 152 см. Размеры таза 30—24—22—17 см.

Вторичные половые признаки. Молочные железы полушаровидной формы, размером 14×14 см. Околососковые кружки бледно-розовой окраски, соски величиной с горошину. В подмышечных впадинах оволосение в виде отдельных волосков.

Наружные и внутренние половые органы. Оволосение на лобке хорошо выражено в виде густых волос. Наружные половые органы нормально развиты. На больших губах пигментация. Слизистая входа и девственной плевы нормально розовой окраски. Девственная плева в прошлом кольцевидной формы. На цифре 6 циферблата часов имеется старый, давно зарубцевавшийся разрыв плевы, достигающий до ее основания. Края разрыва закруглены, утолщены. Отверстие плевы 2,5 см в диаметре, свободно пропускает указательный палец. Свободный край плевы закруглен, утолщен. Шейка матки и матка инфантильной формы, придатки не определяются. Влагалищные своды расширены в объеме несоответственно возрасту.

Заключение: 1) целостность девственной плевы В., 12 лет, нарушена давно, срок нарушения в настоящее время установить невозможно; 2) состояние края плевы, его огрубение, утолщение и закругление, а также расширение влагалищных сводов дают основание для заключения об имевших место неоднократных половых сношениях; 3) В., 12 лет половой зрелости не достигла, что подтверждается недоразвитием матки.

В данном случае подросток 12 лет по своему общему развитию (рост, размеры таза, объем грудной клетки) соответствует 16-летней. При этом нужно заметить, что, несмотря на внешний облик, матка у нее по величине соответствует возрасту и только в результате половой жизни произошли несвойственные возрасту изменения влагалищных сводов, а также психики. Свидетельствуемая держит себя не по-детски. Она знает, что половые сношения могут повлечь наступление беременности. На этом примере, как и на предыдущих двух, можно видеть, что ранняя половая жизнь в одних случаях может стимулирующе действовать на некоторые особенности организма, а в других случаях как преждевременная нагрузка оказывает тормозящее влияние.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ПОЛОВАЯ ЗРЕЛОСТЬ

Под преждевременной половой зрелостью, иначе называемой гипергенитализмом, понимают состояние раннего наступления последней, а именно в том возрасте, когда организм при обычных условиях находится на детской ступени развития.

Случаи преждевременной половой зрелости встречаются реже, чем случаи недоразвития и недостаточной функции половых органов.

При выраженных случаях преждевременной половой зрелости наблюдается не соответствующий возрасту ускоренный рост скелета, но более характерно преждевременное развитие вторичных половых признаков: молочных желез, наружных и внутренних половых органов, раннее появление волос на лобке, в области наружных гениталий и в подмышечных ямках.

Кроме морфологических изменений в половых органах, характерным признаком этого состояния является раннее наступление менструаций, так называемая *menstruatio praecox*.

Известны случаи, когда в первые 5—7—10 дней жизни у новорожденных девочек отмечалось выделение крови из половых органов однократно или с определенной периодичностью. Такое раннее появление крови называют менструацией новорожденных. Подобное явление не следует смешивать с истинными случаями преждевременной менструации, хотя между ними и есть некоторое сходство.

Из 7143 новорожденных мы встретили такую преждевременную менструацию у 3%.

Интерес представляет следующий случай:

Новорожденная девочка весом 2870 г. В течение 4 дней, которые она находилась в детском отделении родильного дома, у нее из половых органов выделялась в небольшом количестве кровь, смешанная со слизью. На 5-й день девочка умерла.

При вскрытии были обнаружены гидроцефалия со значительным растяжением мозговых желудочков, значительное истончение вещества мозга, дольчатые почки, двурогая матка и добавочная селезенка. Реакция Вассермана у матери и ребенка отрицательная. В матке ребенка найдено значительное количество хорошо развитых эндометриальных желез с сочным эпителием и кровенаполнение сосудов (рис. 4). В яичниках обнаружены дольчатость, избыточное количество соединительной ткани, значительное кровенаполнение сосудов, расширение лимфатических сосудов. По периферии яичников хорошо выраженный зародышевый эпителий и много овоцитов.

В подобных случаях этиология раннего появления крови из гениталий связана с нарушением крово- и лимфообращения, чаще всего центрального происхождения, на что в приведенном случае указывает наличие гидроцефалии. Такое полнокровие и неправильное распределение крови, по-видимому, вызывают типерфункцию железистых элементов матки без особых морфологических изменений. Существует также предположение, что появление менструаций поворожденных может быть связано с большой перетрузкой крови гормонами матери.

Чтобы показать, какой интерес может представить вышеупомянутое явление для судебномедицинской экспертизы, приведем следующий случай.

Гражданка Н., уборщица на пароходе, ненадолго вышла из каюты. По возвращении, развернув своего грудного ребенка, девочку 8 месяцев, она заметила на пеленках следы крови в виде мази. Это обстоятельство ее крайне обеспокоило. Предполагив, что кто-нибудь нанес ребенку повреждения, она взяла направление в судебномедицинскую экспертизу.

При освидетельствовании было установлено следующее. Ребенок 8 месяцев хорошо развит, женского пола. Наружные половые органы сформированы правильно, развиты соответственно возрасту. Девственная плева расположена глубоко, кольцевидной формы, очень тонкая, просвечивает. Свободный край ее тонкий, всюду ровный, без повреждений, отверстие 0,2 мм в диаметре. На наружных половых органах, бедрах и на всем теле никаких повреждений не имеется.

В данном случае имело место выделение крови, как это наблюдается в редких случаях у новорожденных при *menstruatio praecox*.

Значительно больший практический интерес представляют случаи преждевременной половой зрелости у маленьких девочек, когда появление кровянистых выделений происходит с правильной ежемесячной периодичностью, т. е. имеются все признаки менструации.

Казуистика преждевременного наступления половой зрелости довольно значительна. Готье собрал 39 случаев менструации в детстве, среди которых зафиксированы случаи, когда выделения крови регулярного типа начинались у новорожденных и грудных детей 1, 2, 3, 4, 5, 9, 10 месяцев и более старшего возраста — 3, 4, 5 лет. Длительность менструаций у этих детей исчислялась от нескольких месяцев до нескольких лет. У всех таких детей наблюдается типичный ускоренный рост и характерное для преждевременной зрелости перезревание, что во всех отношениях резко отличает их от нормальных сверстниц. Дети-скорооспелки, как их иногда называют, не только имеют весьма характерный вид, но и отличаются особым тембром голоса, манерой говорить и походкой, которыми напоминают взрослых людей. Интеллектуальное развитие у них обычно носит черты отсталости. Кроме преждевременного наступления менструации и в некоторых случаях преждевременной половой зрелости, имеет место эритизация нервной системы и раннее наступление резко выраженного полового влечения, которое имеет ненормальный уклон и приобретает уродливые формы.

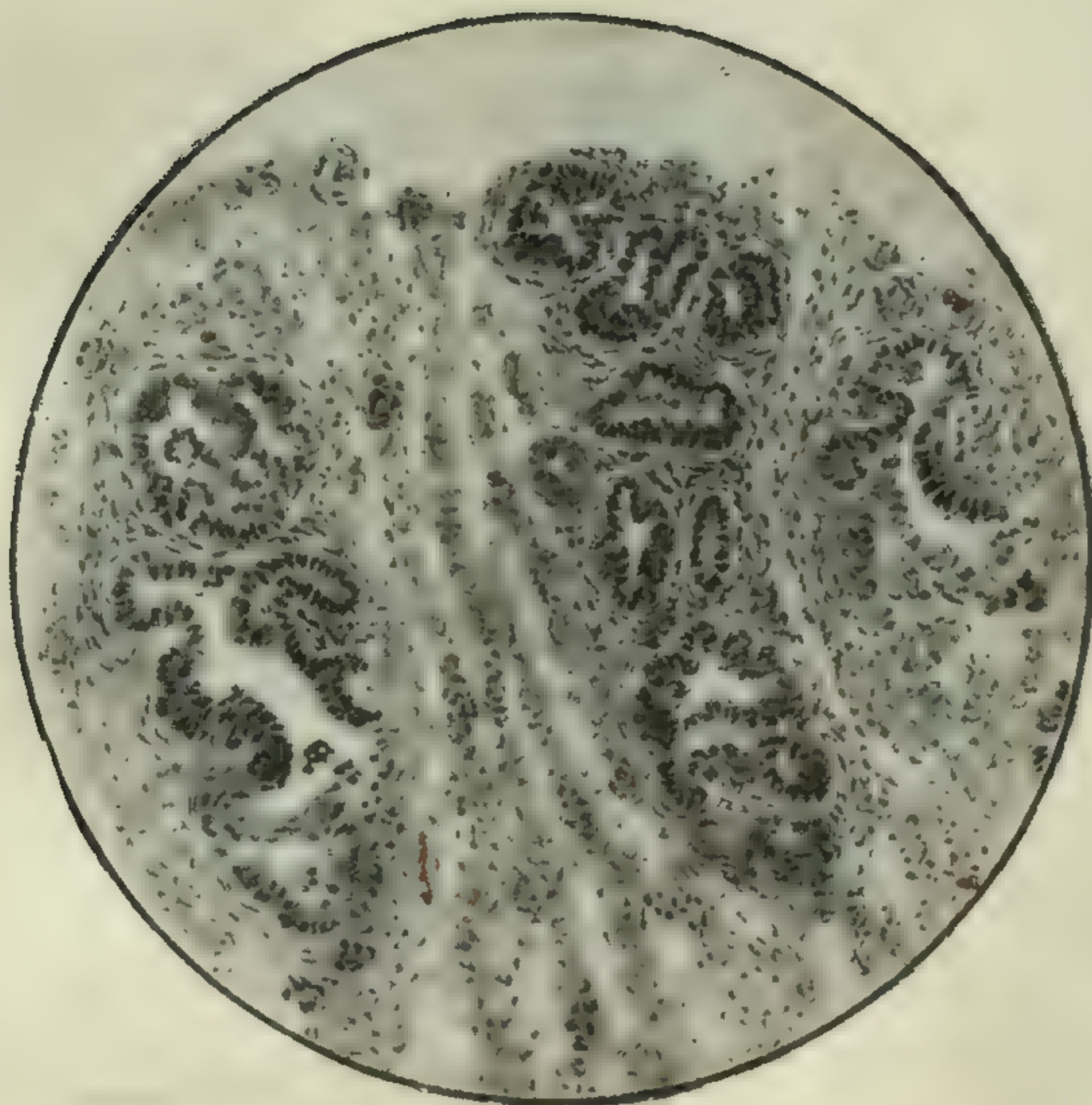


Рис. 4. Миометрий новорожденной при *menstruatio praecox*. Хорошо выражены эндометриальные железы. Сочный эпителий. Сосуды наполнены кровью. Рыхлая межуточная ткань.

Карус и Ровле сообщают, что в одном случае у девочки менструация началась с 2 лет, а в 8 лет она забеременела. Другая девочка, у которой менструация появилась на первом году жизни, забеременела в возрасте 9 лет и родила жизнеспособного ребенка. Веттерфрид опубликовал случай преждевременной половой зрелости, когда 11-летняя беременная девочка была родоразрешена щипцами. Был извлечен плод весом 3700 г. Менструации у нее начались с 10 лет. Размеры таза: между вертелами 30 см, между осями 22 см, между гребешками 26,5 см, наружная конъюгата 19,5 см.

В случаях первичной преждевременной половой зрелости в яичниках находят опухоли в форме аденокарцином, фолликулом, сарком яичника. Вторичные формы преждевременной половой зрелости связаны с патологией щитовидной железы. Изменения в этой железе чаще всего находятся в зависимости от ее патологических изменений (тератомы, гуммы, туберкулез, гидроцефалия). Кроме того, причины преждевременного созревания ставятся в зависимость также от опухолей коры надпочечников.

Диагноз преждевременной половой зрелости в типичных случаях не представляет особого труда.

Ниже приводятся два исключительных случая преждевременной половой зрелости, представляющих собой большую редкость.

Случай 1. 21/IV 1931 г. в клинику поступила девочка 6½ лет по поводу беременности. Родилась 4/X 1924 г.; при рождении весила 3500 г. Общее развитие и упитанность хорошие. Ходить и говорить стала на 2-м году жизни. Ничем особенным от своих сверстников не отличалась. К концу 4-го года у ребенка появились вторичные половые признаки: обозначились молочные железы, появились волосы на лобке и стала заметной характерная округлость форм тела. К этому времени относится появление у нее первой менструации. Менструации умеренные, несколько болезненные перед началом, установились сразу, продолжались по 3—4 дня, проходили через 4 недели. Последний год промежутки между ними удлинились до 2 месяцев. По словам родных, последняя менструация была в ноябре 1930 г. В действительности, считая по дню родов, она должна была быть в конце сентября 1930 г.

Девочка по счету первая. Мать 28 лет, небольшого роста, темная шатенка, правильного телосложения. Имела трое родов. Первые роды преждевременные, мертвым семимесячным плодом; причина — травма. Последние роды 4½ года назад, нормальные. Отец девочки также 28 лет, среднего роста, правильного телосложения, умеренного питания, здоров. Бабушка девочки по отцу склонна к гигантизму — высокого роста, очень крупного телосложения: судя по фотографиям и отзывам родителей, девочка очень похожа на нее.

Начиная со 2-го года жизни, девочка жила в деревне на попечении матери и бабушки. Ее товарищами по играм были исключительно девочки. К мальчикам она никакой склонности не проявляла и даже дичилась их.

С момента поступления в клинику находилась в общей палате на 3 человека и была под особым наблюдением персонала. Девочка быстро освоилась с необычной для нее обстановкой и целые дни проводила с куклами и игрушками. Она скоро усвоила, что, так же как и другие больные, находится в клинике по случаю болезни (растет живот) и что ей нужно лечиться. Однако истинного смысла событий не понимала. По поведению, интересу к куклам и детским играм, а также по вопросам, какие она задавала окружающим и родным, и по разговорам с ними, ее интеллект и психика не превышали таковых 6-летнего ребенка, что и было подтверждено данными экспертизы психоневролога и психиатра.

Девочка блондинка с светло-кариими глазами, с хорошим цветом лица, по росту и внешнему виду соответствует 10-летнему ребенку. При поступлении рост девочки 126 см, вес 34,4 кг. По весу приближается к 15-летнему возрасту, но при этом надо сделать поправку на беременность.

Обследование показало следующее. Видимые слизистые оболочки нормальной окраски. Волосы на голове светлые, мягкие, коротко остриженные. На лобке волосы светлые, длиной 6 см. Граница волосистой части лобка по женскому типу. В подкожных ямках, на руках, на туловище растительности нет. Голова нормальной конфигурации, но по размерам соответствует приблизительно голове в 15-летнем возрасте. Девочка отличается крепким телосложением, хорошо упитана; тургор тканей прекрасно выражен. Походка свободная, но соответственно конечностям —

мелкими шажками. Голос детский, чистый, несколько низкий. Взгляд живой, с незнакомыми людьми застенчива: держит себя принужденно, опускает глаза, не сразу отвечает на вопросы. Однако быстро осваивается и становится разговорчивой. Со стороны внутренних органов, нервно-сосудистой системы и органов чувств никаких отклонений от нормы не обнаружено.

Акушерское исследование. Молочные железы выражены с ясно, определяемой железистой тканью, вполне развитым соском и резкой пигментацией околососкового кружка. По величине и форме соответствуют молочным железам 16-летней девушки. Живот равномерно увеличен, продолговато-овальной формы. На коже живота по бокам полосы растяжения беременности с небольшим захождением на бедра. Белая линия живота несколько пигментирована. Положение матки продольное, форма ее овальная, дно почти на два пальца выше пупка, пальпацией определяется затылочное предлежание, первая позиция, головка плода высоко над входом в таз, баллотирует. Сердцебиение плода чуть ниже пупка, слева, ритмичное, отчетливое, 120 ударов в минуту. Диагноз: беременность 7 месяцев.

Размеры таза: между вертелами 25 см, между остями 22 см, между гребешками 23 см, наружная конъюгата 16,5 см. Окружность живота 80 см, окружность таза 75 см.

Половые органы. Большие губы с достаточным количеством жировой клетчатки, однако они не закрывают полностью половой щели; покрывающие их негустые волосы немного не доходят до задней спайки губ. Малые губы развиты недостаточно. Клитор несколько увеличен по сравнению с общим развитием наружных половых органов. Наружное отверстие мочеиспускательного канала отклонений от нормы не представляет. Половая щель закрыта, ладьевидная ямка не выражена. Девственная плева кольцевидной формы, без повреждений. Отверстие свободно пропускает один палец. При осмотре лупой никаких повреждений на девственной плеве не обнаружено. Влагалище несколько укорочено, своды выражены, свободны, поперечные складки выражены. Шейка матки небольшой величины; мягкой консистенции; выделений нет.

Течение беременности. Кроме незначительного утолщения нижнего отдела левой голени в последние 3 недели перед родами и усиленной потливости, никаких субъективных и объективных расстройств или отклонений от нормы в связи с беременностью не наблюдалось.

В начале VIII месяца беременности отмечалась тенденция к многоводию. В течение 3 недель количество околоплодных вод было настолько велико, что при наружной пальпации легко определялась «передача волны». Был назначен бандаж, который девочка носила до дня родов.

На консилиуме большинство специалистов пришло к заключению, что беременность не следует прерывать, а нужно ждать естественного наступления родов. Оперативное родоразрешение было решено применить лишь при необходимых показаниях.

10/VII у девочки начались роды. В 16 часов появились первые схватки продолжительностью 10—15 секунд с промежутками в 10 минут.

Поведение этой сверхуной первородящей в начальной стадии периода родов отличалось некоторыми особенностями. С появлением схваток девочка хваталась руками за низ живота и с недоумевающим ищущим взглядом обращалась к окружающим. Она верила, что живот у нее болит из-за погрешности в диете. Сменением элементов детской психики и психики взрослой роженицы особенно ярко проявлялось в быстрой сменяемости настроения и поведения: при появлении схваток и боли — характерная поза, мимика, жесты, слезы, по окончании схваток — опять всем довольна, весела, ищет детских игрушек и развлечений. Через 5 часов от начала родов была способна после схватки и слез гоняться по коридору за мотыльком, влетевшим в окно.

11/VII в первом часу боль во время схваток резко усилилась. Появились попытки тужиться. Промежутки между схватками 1—3 минуты. Во 2-м часу под эфирным наркозом произведено вагинальное исследование. Пузырь цел, шейка сглажена, края тонкие, расширение около трех пальцев. Через тесноприлегающий к головке пузырь впереди головки и несколько сбоку прощупывается непупльсирующая петля пуповины. После искусственного разрыва пузыря отошло скудное количество околоплодных вод вместе с меконием. Головка во входе в таз, стреловидный шов почти в поперечном размере таза, малый родничок слева, большой не достигается. Диагональная конъюгата 10,5 см. Через 1½ часа после вагинального исследования начались регулярные короткие, болезненные, частые потуги. С целью ускорить роды и уменьшить возможную травму родовых путей под эфирным наркозом произведена операция — перфорация головки и извлечение плода. Послед отошел вслед за плодом самостоятельно. Матка сократилась хорошо. Через несколько минут появилось кровотечение местного характера. При осмотре зеркалами наложено несколько швов на незначительные разрывы шейки.

Послеродовой период протекал с незначительным повышением температуры. Нагрубание молочных желез было нерезко выражено. Отделение молока, несмотря на тугое бинтование, продолжалось около 7 дней. Послеродовые отделения прекратились с 4-й недели со дня родов.

Труп новорожденного. Ребенок женского пола, длина 50 см, вес 3000 г.

Размеры плода: окружность головки 33 см, прямой размер 10 см, большой косой 13 см, малый косой 8,5 см, малый поперечный 6,6 см, размер плечиков 11 см, размер ягодич 9 см.

Размер и вес плаценты: величина — 19×16 см, вес — 480 г, длина пуповины 73 см.

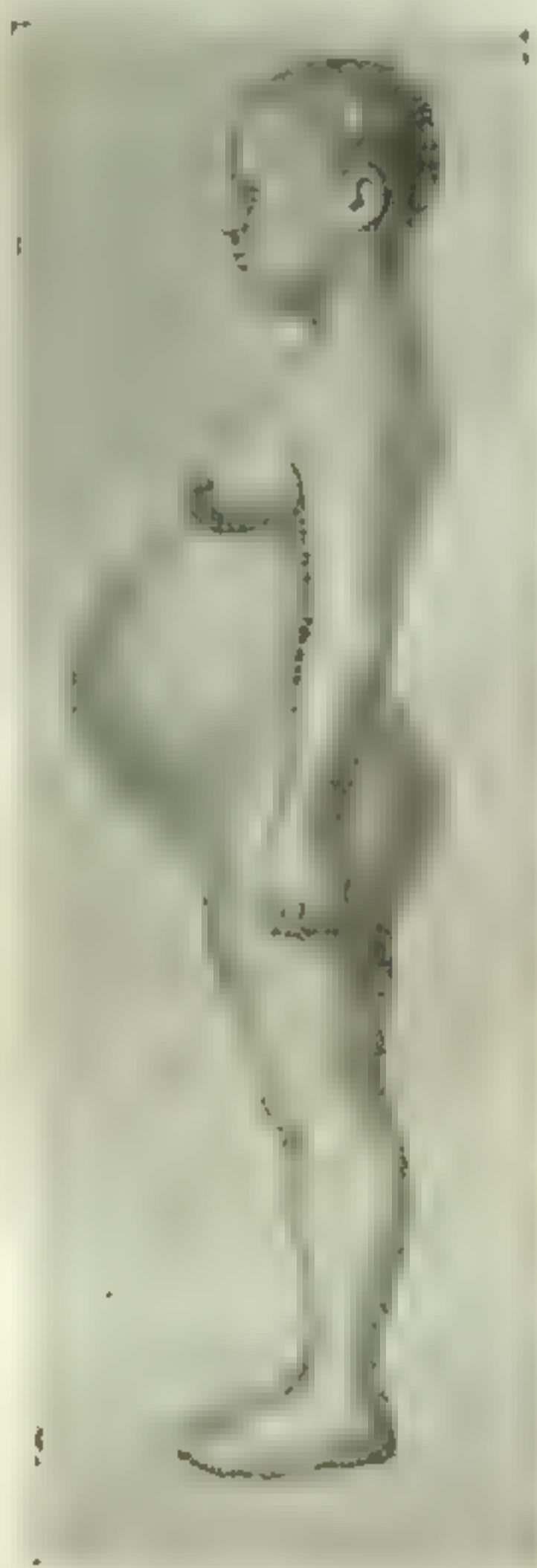


Рис. 5. Преждевременная половая зрелость у девочки 6 1/2 лет.



Рис. 6. Преждевременная половая зрелость у девочки 10 лет 5 месяцев.

При вскрытии плода обращает внимание, что щитовидная железа в 10 раз, а вилочковая в 2 раза меньше нормы. Внутренние органы развиты соответственно возрасту плода. Плод производит впечатление вполне доношенного и хорошо развитого.

Кровь плода принадлежит к группе А II, кровь роженицы — к группе А II, кровь старика 69 лет, от которого забеременела девочка, к группе В III.

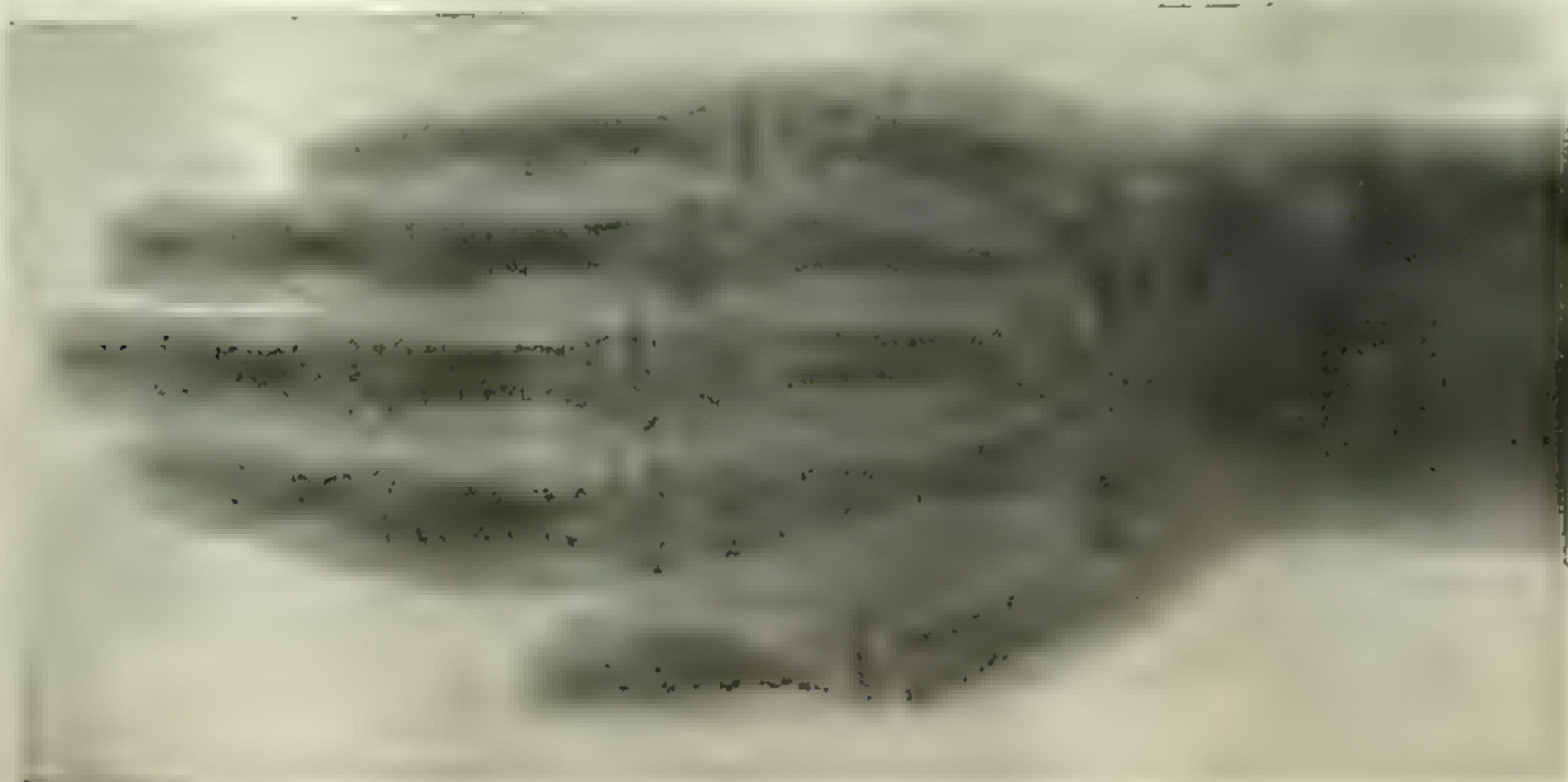
Смерть плода произошла в первом периоде родов при целом пузыре. Причиной внутриутробной смерти могло быть давление предлежащей головки на низко сплывшуюся пуповину. Рвотные движения у матери могли способствовать прижатию пуповины головкой. Прижатие было длительным. Девочка с преждевременной половой зрелостью пробыла в клинике с 21/IV по 15/XII 1931 г., т. е. почти 8 месяцев. За этот период у нее были 3 раза менструации. После родов менструации появились на 70-й день, второй раз через 48 дней, а в дальнейшем приходили через 4 недели по 4 дня в умеренном количестве, безболезненные. Последний осмотр 2/V 1932 г. Выглядит похудевшей и несколько выросшей. Цвет лица и тургор тканей по-прежнему хороший. Наблюдавшаяся первые месяцы после родов вследствие перерастяжения некоторая дряблость передней брюшной стенки заметно уменьшилась. Рост девочки за период с 15/XII 1931 г. по 2/X 1932 г. увеличился на 2,5 см, а вес за этот же период уменьшился на 830 г.

Учится в школе, менструации проходят правильным циклом (рис. 5).

Случай 2. Ю., 10 лет 5 месяцев, свидетельствуется 4/IV 1953 г. для определения половой зрелости и половой неприкосновенности.

По словам матери и девочки, сосед 24 лет систематически трогал ее половые органы. При опросе ребенок никаких жалоб не предъявляет. Менструации по 3—4 дня, без болей, через 28 дней, последние — 2 февраля. Половая жизнь в форме систематического прикосновения половым членом к половым органам в области ладьевидной ямки с 9 лет, т. е. в течение 1 года 5 месяцев. Беременности не было. Обследование показало следующее. Девочка правильного телосложения, повышенного питания, с отложением жира в области живота, ягодиц (рис. 6). Рост 155 см. Окружность грудной клетки 83—85 см. Зубы в состоянии завершения смены молочных. На верхней челюсти 11 зубов, на нижней — 12. Размеры таза: между вертелами 30 см, между осями 23 см, между гребешками 25 см, наружная конъюгата 17 см.

a



b



Рис. 7. Рентгенограмма кисти (a) и стопы (b) девочки, изображенной на рис. 6.

Вторичные половые признаки. Оволосение в подмышечных впадинах в виде отдельных волосков длиной 1,5—2 см. Молочные железы конической формы, размером 13 × 16 см, т. е. соответствуют размерам молочных желез девушек 16—17 лет. Соски не обособлены, околососковые кружки светло-коричневого цвета; из них ничего не выделяется.

Наружные половые органы. Оволосение на лобке и больших половых губах выражено хорошо, волосы густые, длиной 3—4 см, с завитками. Клитор не увеличен. В складках клитора и половых губ скопления смазки. Большие половые губы со значительным количеством подкожножировой клетчатки. В нижней трети

половая щель зияет: полного смыкания больших половых губ нет. Малые губы развиты нормально. Форма ладьевидной ямки изменена: она представляет собой углубление шириной 3 см и глубиной 2 см, полукруглой формы. Кожа на этом участке напряжена, гладкая, блестящая, лоснящаяся, лишена сосочков вследствие атрофии, напоминает пергамент.

Слизистая входа и девственной плевы с синюшным оттенком. Девственная плева кольцевидной формы с закругленным и утолщенным краем. На цифрах 9 и 7 циферблата часов имеются выемки, не достигающие до основания, одинакового цвета и мягкости с окружающей плевой. Отверстие девственной плевы 2,25 см в диаметре, никаких повреждений ее не имеется. Кольцо сокращения определяется. При исследовании через прямую кишку шейка и тело матки недоразвиты соответственно 9—10-летнему возрасту. Придатки не определяются.

7/IV произведено рентгенологическое исследование. Получены рентгенограммы правого голеностопного сустава, правой кисти, дистального отдела предплечья и придатка мозга (рис. 7 и 8). Эти исследования показали, что апофиз с телом пяточной кости сросся (в норме слияние его происходит в 15—16 лет). Синостоз в концевых фалангах закончен, а в основных фалангах пяточных костей и локтевой кости заканчивается. Синостоз в лучевой кости продолжается.

На основании физического развития и рентгеноскопических данных возраст определяется в 16—17 лет. В данном случае наблюдается ускоренный темп окостенения, связанный с преждевременным половым созреванием и повышенной функцией щитовидной железы. Турецкое седло значительно увеличено в размерах, стенки его истончены.

Что касается изменений в ладьевидной ямке и промежности, то они могли произойти в результате систематического давления каким-нибудь твердым предметом в течение продолжительного времени. Несмотря на преждевременное созревание, Ю. половой зрелости не достигла.

Преждевременному созреванию могли способствовать изменения в гипофизе, но не исключена возможность наличия опухоли. Девочка Ю. по своему характеру застенчива, скромна, учится хорошо, никаких отклонений в психической сфере не проявляет.

Заключение судебно-медицинской экспертизы: 1) целостность девственной плевы у девочки Ю., 10 лет, не нарушена; 2) изменения в области ладьевидной ямки и промежности могли произойти в результате систематического давления каким-нибудь твердым предметом, например концом напряженного полового члена; 3) половой зрелости Ю. не достигла, но развита и выглядит старше своего возраста; 4) при исследовании венерологами венерических заболеваний не обнаружено.



Рис. 8. Рентгенограмма турецкого седла девочки, изображенной на рис. 6.

ЗАПОЗДАЛАЯ ПОЛОВАЯ ЗРЕЛОСТЬ

Запоздалая половая зрелость, или гипогенитализм, тесно связана с понижением и выключением функции половых желез — яичников или их отсутствием.

Самой частой формой выражения гипогенитализма является хлороз, или, как его называют, бледная немочь. Заболевание встречается исключительно у женщин и совпадает с периодом полового созревания. В этот период половые органы находятся в стадии неполного развития, а при запоздалой половой зрелости представляют собой разной степени гипоплазию.

Общий вид девушек, страдающих хлорозом, очень характерен: слизистые оболочки и кожа отличаются особой бледностью; сквозь але-

бастробелую кожу просвечивает нежная синеватая венозная сеть сосудов. Больные хлорозом обычно отличаются высоким ростом. Скелет их иногда имеет мужские черты, таз уплощен или сужен. В крови отмечается уменьшенное количество гемоглобина и понижение цветного показателя.

Различают две формы хлороза. Первая форма характеризуется тем, что при ней первая менструация может запоздать на несколько лет, а иногда после прихода первых менструаций наступает длительный перерыв. Для второй формы (меноррагической) характерны частые кровотечения, нередко истощающие и анемизирующие организм. Во многих случаях при заболевании хлорозом и при меноррагических формах его девушки отличаются особой вялостью, хрупкостью, а иногда наблюдается необычное отложение жира.

Несмотря на типичные признаки, указывающие на овариальную этиологию хлороза, довольно часто в процессах костеобразования отмечается понижение ассимиляции извести, что указывает на нарушение функции эпителиальных телец, ведающих балансом коллоидного кальция.

Другой формой нарушения полового развития является евнухизм. Евнухизмом называют таких людей, которые производят впечатление кастратов, хотя у них половые железы не удалялись. Среди различных форм евнухизма наблюдаются врожденные формы как следствие природного дефекта половых желез.

Ввиду редкости указанные выше ненормальности в наступлении половой зрелости имеют лишь относительное значение в судебно-медицинской практике. Судебно-медицинский эксперт обязан в этих случаях указать на недостаточное развитие всего организма или на несоответствие этого развития возрасту вследствие данной аномалии.

Необходимо иметь в виду, что наше законодательство придает возрастному показателю определенное значение, так как в законе о семье, браке и опеке брачный возраст для женщины определяется 18 годами. Многочисленные наблюдения показывают, что возраст достижения половой зрелости действительно соответствует 17 и 18 годам.

УСТАНОВЛЕНИЕ ПОЛА

ГЕРМАФРОДИТИЗМ, СОМНИТЕЛЬНЫЙ ПОЛ

При развитии половых органов могут происходить различные отклонения от нормы в виде отсутствия наружных половых органов, сращения полового члена с мошонкой, заращения влагалища, дефекта передней стенки мочевого пузыря, сращения больших или малых половых губ, несращения мошонки, эвентрации мочевого пузыря и пр. Подобные аномалии могут затруднить определение пола. В ряде случаев приходится встречаться с так называемым гермафродитизмом, при котором требуется определить истинный или в крайнем случае преобладающий пол.

Гермафродитами, или двуполыми, называют субъектов с таким неправильным образованием половых органов, при котором у одного и того же индивидуума имеются одновременно или половые железы обоих полов, или наряду с половыми железами одного пола части полового аппарата другого пола. В очень редких и сложных случаях гермафродитизма бывает почти невозможно причислить субъекта к определенному полу ввиду наличия морфологической и функциональной гомосексуальности.

Для правильного понимания образования гермафродитизма и его разновидностей и правильной диагностики необходимо вспомнить историю развития мочеполового аппарата, который на определенном этапе эмбриональной жизни представляет собой своеобразную интимную комбинацию мочевых и половых органов. Эти системы образуются в одном и том же месте и во время эмбрионального периода претерпевают различные морфологические изменения, в процессе которых могут создаваться условия для возникновения аномалий и гермафродитизма.

Первоначально зачатки половых желез носят бисексуальный, двуполый характер. В дальнейшем половые железы получают свои специфические тканевые составные части из зародышевого эпителия, а выводящие протоки происходят из зародышевой почки. Только на III месяце дифференцируются яички и яичники. Проток зародышевой почки, так называемый вольфов проток, ведет в клоаку прямой кишки, которая в дальнейшем образует *sinus urogenitalis*. Одновременно с развитием половых желез около хода зародышевой почки образуются мюллеровы ходы. При развитии мужского пола мюллеровы ходы постепенно исчезают, и от них в нижнем участке остается лишь рудимент — остаток в форме простаты, которую называют мужской маткой. Ходы зародышевой почки у мужского пола превращаются в семенные протоки и семенные пузырьки.

У зародышей женского пола зародышевая почка исчезает, а мюллеровы ходы образуют маточные трубы, матку, влагалище и девственную

плеву. К моменту окончательного сформирования обоих полов некоторые из первоначальных зачатков в течение сложного процесса развития исчезают у одного пола и продолжают развиваться у другого (рис. 9).

При воздействии на этот нормальный процесс развития каких-либо внутренних или внешних факторов (инфекция, воспаление в форме внутриутробного перитонита, травма и пр.), неспецифические для данного пола эмбриональные зачатки могут остаться существовать и даже

развиваться дальше, в результате чего и получается более или менее выраженная степень гермафродитизма и другие уродства.

С IV месяца внутриутробной жизни появляются выраженные половые различия. При развитии мужского пола половой бугорок удлиняется, превращаясь в половой член. Часть уrogenитального синуса в результате сращения и удлинения краев образует мочеиспускательный канал. Половые складки срастаются по средней линии и образуют мошонку. При развитии женского пола из полового бугорка образуется клитор, а половые складки около борозды на нижней поверхности полового бугорка превращаются в малые губы. Половые валики вследствие отложения жира увеличиваются и образуют большие губы.

Среди других уродств, сопровождающих гермафродитизм, у мужчин встречается незаращение мочеиспускательного ка-



Рис. 9. Схема развития женских половых органов (6-я неделя развития).

1 — половая щель; 2 — заднепроходное отверстие; 3 — половой бугорок; 4 — кожная складка; 5 — мюллеров ход; 6 — вольфово тело; 7 — вольфов проток; 8 — половая железа.

нала — гипоспадия, эписпадия, несвоеместное расположение яичек — крипторхизм, у женщин — заращение влагалища, ненормальное перемещение яичников таким образом, что они вместо малого таза спускаются по направлению паховой области и локализуются в больших губах.

В подобных случаях части половых органов полностью не соответствуют ни мужскому, ни женскому типу.

При патологоанатомических исследованиях половых желез гермафродитов иногда обнаруживают бисексуальные половые железы — овотестес (ovotestes), которые не вполне развиты, тем не менее функционируют с признаками сперматогенеза и овогенеза.

Поводы к исследованию

Судебно-медицинская экспертиза по установлению пола проводится по направлениям из органов следствия, суда, милиции и отделов ЗАГС, когда при рождении был ошибочно установлен пол, далее при бракоразводных делах по иску о расторжении брака, для установления половой

принадлежности в случаях половых извращений, при алиментных делах, когда у обвиняемого имеются признаки ненормального состояния половых органов, в случаях совершения гермафродитами половых преступлений, при определении годности к отбыванию военной службы, при иске к врачам, которыми была произведена операция для создания половой дифференцировки и возможности вести половую жизнь. В последних случаях перенесшие операцию жалуются и предъявляют иск в том, что они не получили от оперативного вмешательства того эффекта, который ожидали.

Непосредственным поводом для экспертизы по установлению пола являются обычно неясность и неопределенность в строении наружных половых органов, которые сами по себе не дают возможности точно определить пол данного субъекта, так как пол определяется наличием той или иной половой железы.

Диагностика гермафродитизма

Для точной и бесспорной диагностики гермафродитизма нужно доказать, что образования, принимаемые за мужскую половую железу, содержат в себе семяизвергающий проток и элементы спермы, а образования, принимаемые за яичник, — фолликулы и другие характерные для него тканевые элементы.

При обычном исследовании нахождение яичек не представляет особых затруднений, если они имеются в мошонке, однако для точной диагностики надо установить также присутствие придатка яичника и семявыносящего протока, а это нередко представляет затруднения.

При определении пола необходимо выяснить, имеются ли выделения из половых органов. Они могут быть семенной жидкостью, содержащей сперматозоиды, или менструальной кровью, которая появляется с периодической правильностью. Наличие семени указывает на то, что происходит эякуляция и что, следовательно, имеется хотя бы одно яичко, несмотря на то, что наружные половые органы у гермафродита могут иметь те или иные отклонения. Однако отсутствие выделения спермы еще не доказывает, что яичка не существует, так как яички могут быть недостаточно развиты, атрофичны или выделяемый ими секрет может не попадать в мочеиспускательный канал вследствие каких-либо пороков его развития (например, семявыносящие протоки могут иметь слепой конец или открываться в какой-нибудь другой полый орган).

Наличие менструальных выделений также имеет абсолютное диагностическое значение. Подобные менструальные выделения могут отсутствовать у лиц несомненно женского пола и, с другой стороны, появляться у лиц мужского пола в форме псевдомenstrуальных выделений. Вопрос приходится решать с учетом всех остальных признаков.

При диагностике установления пола необходимо учитывать соматическое и психическое развитие обследуемого.

При экспертизе нужно обращать внимание на общий вид субъекта, его телосложение, строение скелета, форму таза, рост волос, развитие молочных желез, гортани, тембр голоса, наличие и характер полового влечения и на другие особенности, которые могут послужить в качестве дополнительных данных для диагностики.

Несмотря на то что для обоих полов существуют присущие им особенности, встречаются случаи, когда нормальные женщины имеют крупные, широкие кости, а нормальные мужчины отличаются нежным и слабым телосложением. Так же обстоит с ростом волос, развитием гортани: мужчины могут обладать высоким нежным голосом, а женщины — низким. Поэтому нельзя делать абсолютного вывода о принадлежности

к тому или иному полу, основываясь только на строении таза у гермафродитов, у которых встречается много неправильностей, например у лиц женского пола — выраженный мужской таз, а у лиц мужского пола — женский таз.

Что касается психики, характера, привычек и наклонностей, то у гермафродитов в этом отношении встречаются самые разнообразные проявления, нередко патологические проявления гомосексуальности, о чем будет сказано ниже.

Ввиду вышесказанного к решению судебно-медицинских вопросов в связи с гермафродитизмом нужно относиться крайне осторожно. Затруднения в этом отношении возрастают, как выше упоминалось, при пальпации гермафродитной железы — овотестес (ovotestes), т. е. когда половая железа содержит и мужские, и женские половые клетки и когда трудно установить их количественное взаимоотношение: у подобных субъектов сексуальные побуждения могут носить гомосексуальный характер. В высшей степени сомнительно, чтобы истинный гермафродит был способен к оплодотворению.

До развития современных точных методов исследования в эндокринологии и учении о гормонах существовало ошибочное мнение, будто у одного и того же индивидуума не могут одновременно существовать половые гормоны обоих полов вследствие их антагонизма. Позднейшие исследования доказали возможность такого сосуществования и морфологически, и функционально, ибо при установлении как у мужчин, так и у женщин гормонального профиля определяются в различном количестве и эстрогенные, и андрогенные гормоны. Это может объяснить наличие в той или иной мере бисексуальных наклонностей и аномалий полового характера при гомосексуализме. Наличие обоих гормонов в таких случаях недостаточно для оплодотворения.

К другим диагностическим методам точного определения пола относятся: биопсия половых желез, получение путем пункции пунктата, исследование выделений свидетельствуемого и стационарное наблюдение. Первые два метода, несомненно, дают наиболее точный ответ, но при судебно-медицинской экспертизе в амбулаторных условиях использование их почти невозможно. Выделения, представляемые исследуемым субъектом, часто вводят сомнения в их истинной принадлежности, да и не всегда исследуемый во время экспертизы может их представить. Однако от исследуемого, если он считает себя мужчиной, необходимо получить эякулят путем воздействия на семенные пузырьки и простату.

Таким образом, наиболее доступным методом остается соматическое и психическое обследование данного субъекта. Необходимо иметь в виду, что экспертиза определения пола производится, как правило, комиссией, а если к тому имеются основания, то к данным общего исследования при соединяются и результаты психиатрической экспертизы, после чего уже делают окончательное заключение о принадлежности пола.

Как выше указывалось, следует по возможности расширить исследование гормонального профиля, данные которого устанавливают функциональные особенности исследуемого.

Классификация гермафродитизма

Гермафродитизм встречается только в тысячных процентах. Так, по нашим наблюдениям, в Московском областном научно-исследовательском институте материнства и младенчества на 35 355 амбулаторных больных ложный гермафродитизм встретился лишь в 8 случаях, т. е. в 0,023%.

Вопросы гермафродитизма и классификация этой аномалии интересуют не только судебномедицинских экспертов: гермафродитизм привлекает внимание терапевтов, эндокринологов, психиатров, невропатологов, сексологов и хирургов. Существует довольно значительное количество классификаций этой аномалии, но основным в них является дифференцировка истинного и ложного гермафродитизма.

Различают две формы гермафродитизма: истинный и ложный. При истинном гермафродитизме у исследуемого имеются как мужские, так и женские половые железы, причем с обеих сторон, а в некоторых случаях с одной стороны две железы — яичко и яичник, а с другой — лишь одна. Разновидностью истинного гермафродитизма является так называемый перекрестный гермафродитизм, когда исследуемый на одной стороне имеет семенную железу, а на другой — яичник.

Случаи истинного гермафродитизма, точно доказанные клинически и анатомически, встречаются крайне редко, представляя собой единицы даже в мировой литературе, причем раздельно существующие обе половинные железы у истинных гермафродитов оказывались не вполне функционирующими: чаще всего семенная железа сперматогенеза не обнаруживалась, находясь в рудиментарном состоянии.

Среди истинных гермафродитов известен достоверный классический случай Е. Громан, имевшей две различные, способные к функционированию железы. Она по временам имела кровянистые выделения, напоминавшие менструации. Наряду с этим у нее вырабатывалось семя с микроскопически доказанными семенными клетками. Она имела женское телосложение, развитые молочные железы, широкий таз, на голове густые волосы по женскому типу и такое же оволосение на наружных половых органах. Растительность на лице отсутствовала. Половой член был хорошо развит, с головкой, посредине которой открывалось наружное отверстие мочеиспускательного канала. На месте мошонки имелись два опухолевидных образования, напоминавшие большие половые губы, между которыми была щель, через которую можно было проникнуть во влагалище, имевшее форму слепого мешка длиной 10 см.

Е. Громан, крещенная и воспитанная как девочка, в течение всей жизни носила женское платье. В половом отношении сначала жила с мужчинами как женщина, а позднее имела половые сношения как мужчина.

Случай Розенблюма, напоминающий выше описанный, имел место в практике Московской судебномедицинской экспертизы.

16/VI 1932 г. была освидетельствована на предмет установления пола Л., 20 лет. Общее строение тела (рис. 10) евнухоидного типа. Отличалась диспропорция частей



Рис. 10. Общий вид ложного женского гермафродита спереди и сзади.

скелета вследствие несоразмерного удлинения конечностей при наличии небольшого размера туловища и головы. Отсутствие усов, бороды, недоразвитие гортани, высокий тембр голоса. Значительное развитие клитора, по внешнему виду и размерам напоминавшего мужской половой член, но без мочеиспускательного канала — гипосадия. В этом не вполне развитом половом члене имелась крайняя плоть, готовка и характерные кожные покровы. Мошонка и яички отсутствовали, и на их месте



Рис. 11. Половые органы ложного женского гермафродита: расщепление уздечки полового члена, складки, напоминающие малые губы, отверстие посредине мошонки — рудимент влагалища. В раздвоенной мошонке образования, напоминающие яички.

(рис. 11) имелась не вполне сформированная половая щель с большими половыми губами, как у женщины. Параллельно образованиям, напоминавшим большие губы, была расположена уздечка членовидного клитора, которая расщеплялась на две части, образуя зачаток малых губ. Пространство между ними, выстланное слизистой оболочкой, напоминало как бы вход во влагалище, которого по существу не было. На этом месте открывалось отверстие мочеиспускательного канала. Оволосение на лобке женского типа было хорошо выражено. В правой подмышечной впадине оно было выражено слабее, в левой — достаточно. Молочные железы были очень слабо выражены и имели вид незначительных возвышений с сосками мужского типа величиной менее горошины. Строение тазового пояса мужское. При специальном исследовании через прямую кишку женские внутренние половые органы не обнаруживались. Вместе с тем в малом тазе имелось образование, по своему анатомопографическому положению, по форме и консистенции напоминавшее предстательную железу. Высоко в правой подвздошной области прощупывалось образование, напоминающее половую железу, истинную природу которой (яичко или яичник) трудно было установить. Все же наличие у исследуемой признаков эрекциионного рефлекса, отмеченного во время исследования секреторно-двигательного рефлекса, с излитием во время оргазма какой-то жидкости через мочеиспускательный канал, отсутствие менструаций и так называемых *polimina menstrualia*, половая жизнь с любимой женщиной, психический склад личности, соответствовав-

ший мужскому типу, дали основание комиссии при судебно-медицинской экспертизе в данном случае признать принадлежность к мужскому полу, несмотря на ряд описанных отклонений. Этот пример должен быть отнесен к ложному женскому гермафродитизму.

Ложный гермафродитизм встречается значительно чаще истинного. Ложные гермафродиты всегда однополы, т. е. имеют либо яички, либо яичники. У ложного женского гермафродита при наличии яичек имеются в разной степени выраженные части женского полового аппарата (влагалище, малые губы, клитор, зачатки матки и т. д.), у ложного мужского гермафродита, при наличии яичников имеются в разной степени выраженные мужские половые органы (зачаточный половой член, мошонка и пр.).

В случаях ложного мужского гермафродитизма различают внутренний, наружный и сложный гермафродитизм в зависимости от расположения и комбинации парных систем половых органов.

Нужно иметь в виду, что в ряде случаев кажущийся по наружным половым органам женский тип является обманчивым, например в слу-

чае крипторхизма, когда яички остаются в брюшной полости неспустившимися.

Подобный случай приведен нами в руководстве по судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизе, изданном в 1935 г.

В., 21 года, по метрическим записям числится крестьянкой Московской области. В апреле 1930 г. Институтом экспериментальной эндокринологии была направлена к нам на экспертизу. Жалобы: ненормальность наружных половых органов, полное отсутствие менструаций, непостоянно ноющего характера боли внизу живота, общая слабость. С 15 лет появилось оволосение на половых органах. В это время в паховых областях стали появляться подвижные яйцевидные припухлости, которые больная и ее родственники принимали за грыжу. В это же время стало замечаться увеличение полового члена. Половое влечение определению выражено к мужчинам. Бывают эротические сны при участии мужского элемента, после чего отмечается выделение слизи из половых органов. В. особенно нравится один мужчина, но близости с ним она избегает, зная о своем уродстве.

Обследовавший ее психиатр дал следующее заключение: выраженная склонность к занятиям, обычным для женщин,—рукоделию, вышиванию и пр., несомненно преобладают женские черты. В отношении высшей нервной деятельности—заторможенность и вялость, напоминающие гипотиреоз и состояние у больных акромегалией.

В. атлетической конституции с элементами астении. Обращает внимание значительное развитие плечевого пояса, мощность спины с хорошо развитыми спинными мышцами, которые ясно напоминают мужское сложение. В области таза (рис. 12), малое количество жировой клетчатки; нижняя часть туловища маскуляризована. На рентгенограммах гипертрофия костей и стоп, имеющих акромегалоидную форму. Асимметрия лица и выстояние нижней челюсти, на верхней губе и подбородке пушок. Молочные железы по величине и форме соответствуют железам 12-летней девочки, соски величиной с горчичное зерно.

Живот уплощен, паховые кольца с обеих сторон несколько расширены—пропускают кончик пальца. Расположение волос на наружных половых органах приближается к мужскому типу: волосы поднимаются к пупку, циркулярно расположены вокруг заднепроходного отверстия и переходят на внутреннюю поверхность бедер. Промежность ладьеобразно втянута, низкая, мужского типа. Малые губы в зачаточном состоянии (рис. 13) в виде плоских узких тяжей, идущих из-под очень увеличенного клитора, большие губы значительно увеличены, морщинисты, содержат довольно большое количество рыхлой клетчатки. В них при кашле и напряжении свободно опускаются напоминающие яички образования, которые находятся выше, на уровне лобковых костей. Правое яичко величиной со сливу, имеет придаток, левое—несколько меньше и в нем придатка прощупать не удается. Среди верхнего соединения (комиссуры) больших губ, в верхней трети их, расположен половой член с явно выраженной уздечкой, кавернозными телами, способный к резко выраженной эрекции. На головке этого увеличенного клитора, по величине не соответствующего половому члену 6-летнего ребенка, имеется углубление. Это углубление простирается книзу по типу незаращения мочеиспускательного канала снизу. Само отверстие мочеиспускательного канала расположено значительно (на 5 см) ниже конца полового члена и имеет обычную форму, направление и длину. Ниже мочеиспус-



Рис. 12. Общий вид ложного мужского гермафродита спереди и сзади.

кательного канала расположен вход во влагалище без всяких признаков девственной плевы. Зачаток влагалища в виде слепого мешка, пропускает кончик мизинца, который при растягивании входит на глубину не более 3 см. Растягивание этого



Рис. 13. Общий вид наружных половых органов гермафродита, изображенного на рис. 12.

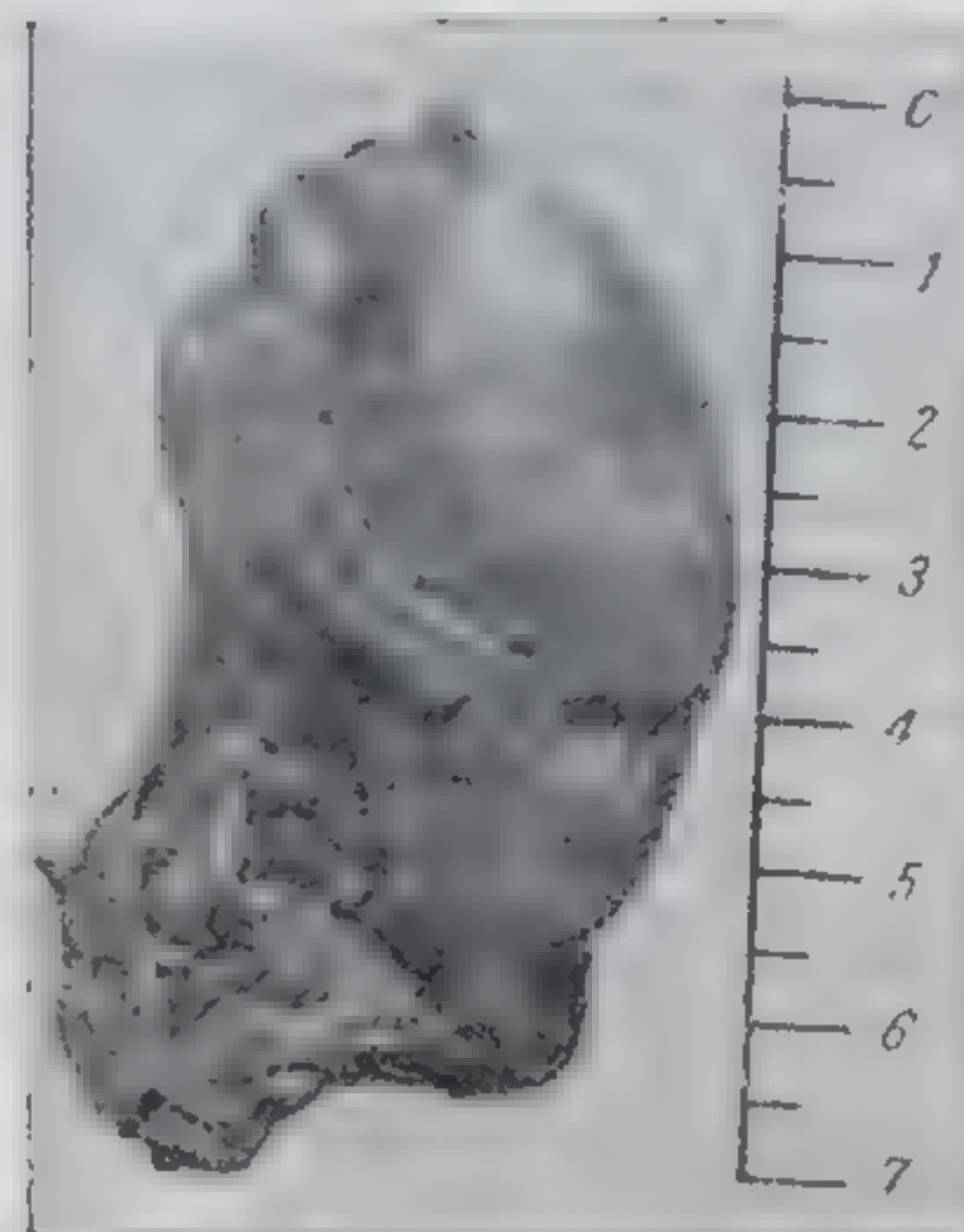


Рис. 14. Яичко и придаток его у ложного мужского гермафродита, изображенного на рис. 12.

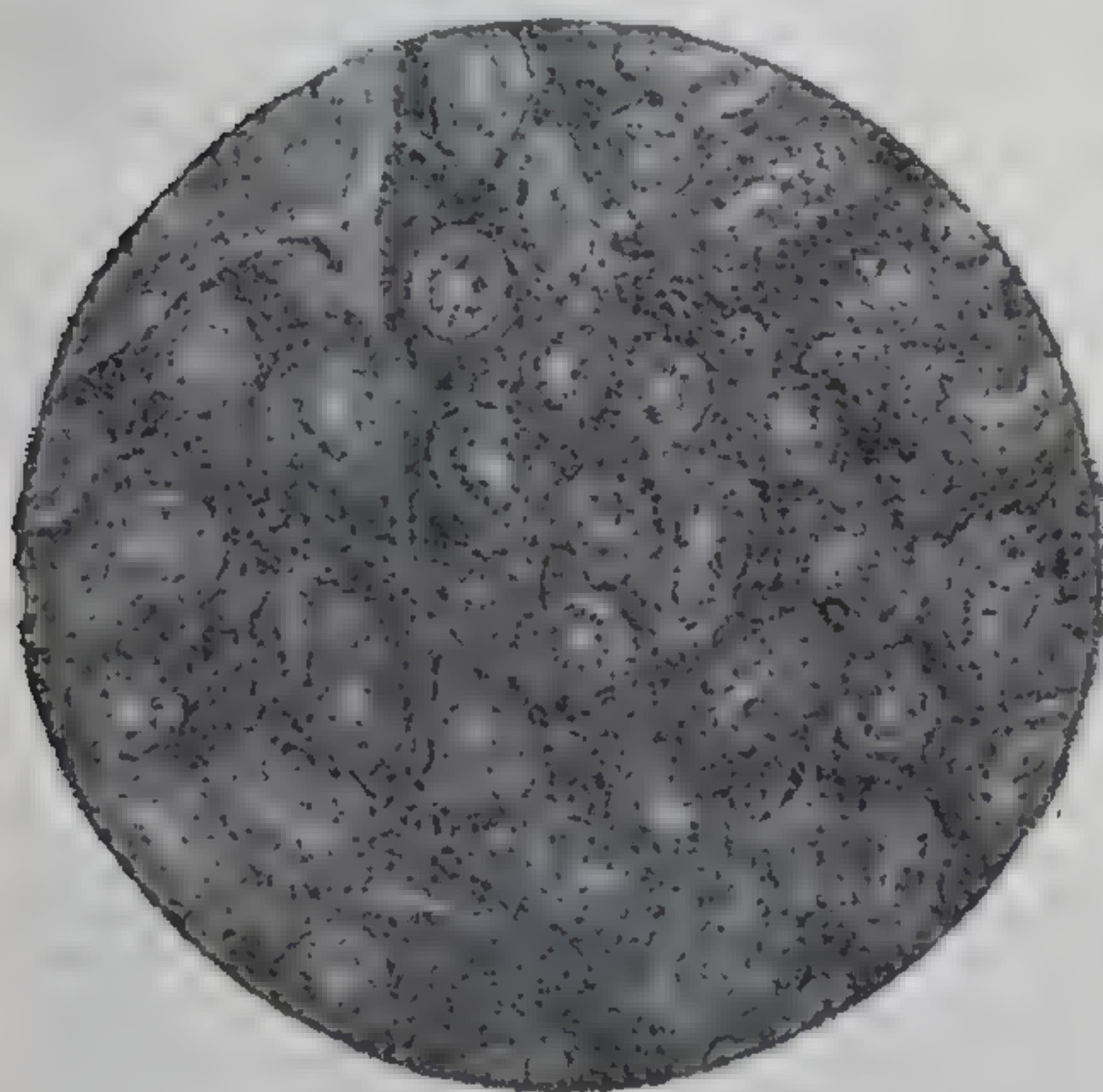


Рис. 15. Микроскопический вид семенных канальцев того же гермафродита. Продольные и поперечные разрезы канальцев. Среди них увеличенное количество соединительнотканной ткани, лейдиговские клетки.

слепого мешка безболезненно. Ни матка, ни яичники, ни трубы не определяются.

При демонстрации нами В. в Эндокринологическом обществе создалось впечатление, что у данного ложного мужского гермафродита психика и общая установка женская. Принимая во внимание стремление исследуемой считаться женщиной и имея в виду, что совершенно невозможно исправить ее уродство и сделать из нее полноценного мужчину, после предварительного исследования пунктатов из яичек и данных биопсии было решено произвести операцию образования искусственного влагалища с последующей дифференцировкой пола путем пересадки яичников. Пунктаты ничего не дали, а при биопсии было установлено, что половые железы гермафродита можно охарактеризовать как неполноценное яичко с явным недоразвитием семенных нитей и разрастанием межуточных клеток (рис. 14, 15, 16). В дальнейшем нами была произведена операция образования искусственного влагалища с желательным для В. результатом.

Женский ложный гермафродитизм в ряде случаев был установлен с несомненностью. Уродливое образование женских наружных половых органов у женских ложных гермафродитов делает их настолько непохо-

жими на мужчин, что вполне объяснимы те ошибки, которые допускаются при определении пола. Истинные случаи ложного гермафродитизма не лишены бытового и судебно-медицинского интереса. Так, де Крекшино описал случай, когда женский ложный гермафродит сужил камердинером. Известен случай Гофмана, когда 38-летний женский гермафродит служил кучером.

При определении пола прежде всего следует дифференцировать истинный гермафродитизм от ложного. Диагностика нередко представляет

большие затруднения. Наличие сперматозоидов является одним из решающих диагностических признаков при определении ложного гермафродитизма, но в случае истинного гермафродитизма не может служить доказательством мужской природы гермафродита. В равной степени наличие менструаций у истинного гермафродита не является доказательством принадлежности его к женскому полу. Определить пол у ложных гермафродитов легче: они по существу однополы. При определении пола у них приходится принимать во внимание строение тела, свойства гортани, строение половых органов, способ отправления половых функций. Наружный вид или строение тела могут быть обманчивы, а состояние вторичных половых признаков (развитие молочных желез, расположение волос, размеры таза) решающей роли не играют, а имеет лишь подсобное диагностическое значение (рис. 17 и 18).

Для точной диагностики приходится делать прокол желез и извлекать их содержимое (пунктат), а в некоторых случаях, с согласия обследуемых, прибегать к биопсии (вырезание кусочка ткани из соответствующей железы), которая может внести в вопрос полную ясность. Однако все это возможно только в стационарных условиях.

Изменения гортани у мужских гермафродитов бывают типичны в смысле развития так называемого адамова яблока и перемены голоса, что тесно связано с развитием и состоянием половых желез. Однако для точного определения пола такие изменения не имеют абсолютного значения. Присутствие яичек служит безусловным доказательством принадлежности к мужскому полу, а наличие сперматозоидов в секрете, полученном пункцией или другим путем, считается объективным доказательством мужского пола.

Наличие менструаций далеко не доказательно для установления женского пола, так как выделение крови не всегда связано с наличием функционирующих яичников, и иногда у мужских истинных гермафродитов с гипоспадией в связи с нарушением кровообращения встречаются выделения крови, напоминающие менструации.

Что касается направленности половых функций, то необходимо указать, что у подобных субъектов поражает несоответствие между формой

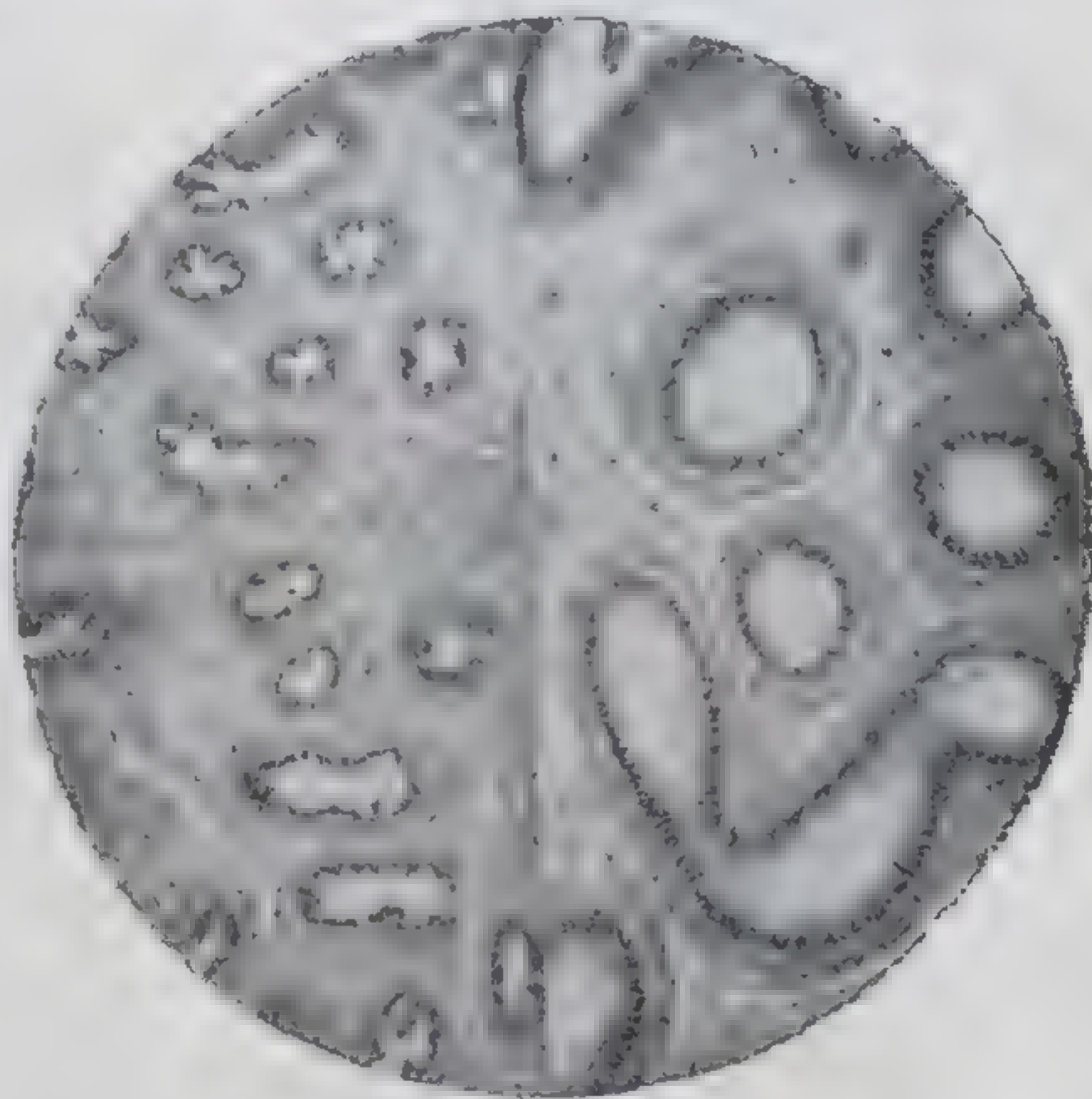


Рис. 16. Микроскопическая картина придатка яичка того же гермафродита. Слева — расширенные канальцы, справа — их просветы, звездчатой формы.

тела, психикой и половыми склонностями. Иногда это бывает причиной различных жизненных трагедий, к которым столь склонны гермафродиты. В самой направленности половой жизни в целом, как известно, огромное значение имеет внешняя среда, воспитание, привычки, первые впечатления и примеры половой жизни товарищей.

Эти факторы играют роль условных раздражителей и являются не менее решающими, чем функции самих половых желез. В направленности половых функций огромная роль принадлежит центральной нервной системе и нейроэндокринной системе в целом.

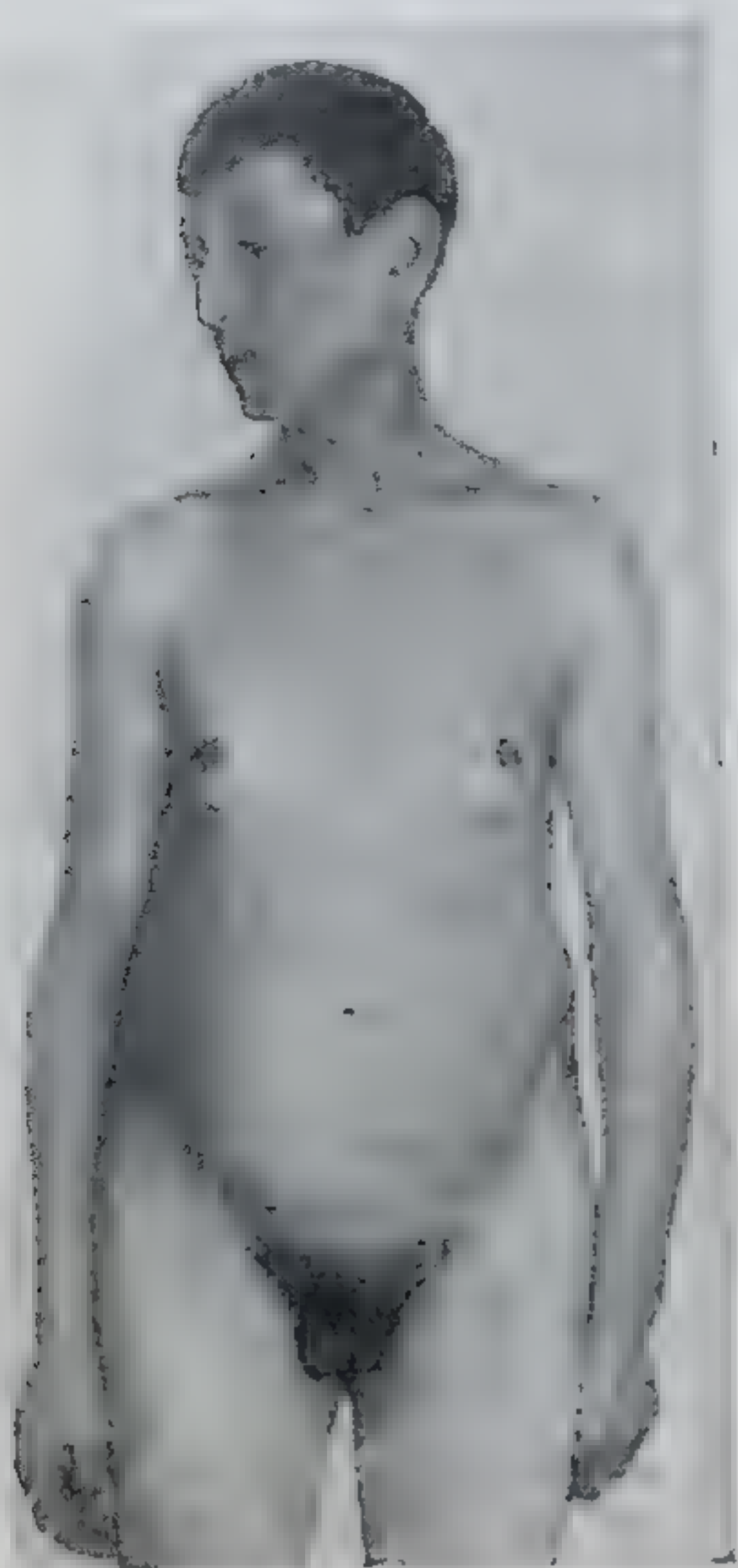


Рис. 17. Ложный женский гермафродит: общий евнухоидный вид, молочные железы женского типа, имеется недоразвитый половой член. Верхние конечности удлиненны.



Рис. 18. Наружные половые органы ложного евнухоидного женского гермафродита, изображенного на рис. 17: недоразвитый половой член, в мошонке образования, напоминающие яички, в центре раздвоенной мошонки узкий канал длиной 5 см, недоразвитое влагалище.

При определении производительной способности каждый отдельный случай гермафродитизма следует рассматривать индивидуально. Может ли когда-нибудь гермафродит оказаться способным к оплодотворению? Весьма сомнительно, но полностью исключить возможность этого при хорошо развитых яичках и свободных выводных протоках нельзя. Сомнительна также возможность беременности для женского гермафродита.

В бытовом отношении, когда гермафродиты, вступающие в брак, не подозревают о своем уродстве, встречаются всевозможные комбинации и неожиданности. Если в подобных случаях гермафродит хочет точно установить свой пол и переменить свое гражданское состояние, он должен обратиться в суд, который назначает экспертизу и, основываясь на ее решении, окончательно определяет пол.

В судебно-медицинском и бытовом отношении вопрос о необходимости и допустимости производства операции у гермафродитов с целью дифференцировки пола представляет известный интерес. Несмотря на некоторую спорность, он должен решаться в положительном смысле, если

субъект настаивает на операции. Однако в каждом отдельном случае показания, план и характер вмешательства должны устанавливаться консультативно. Желательно, чтобы консультация носила расширенный характер в виде предварительного обсуждения такого случая в научном обществе или на научной конференции. Вопрос о необходимости производить подобные операции при гермафродитизме наукой окончательно не решен. Согласно консервативной точке зрения, какие-либо операции у гермафродитов считаются излишними. Представители более современного направления, основываясь на нейро-эндокринных данных, считают хирургическое вмешательство вполне целесообразным. Путем создания определенных органов (искусственного влагалища, образования уретры) или удаления лишних (гипертрофированного клитора и т. д.), а также пересадкой половых желез соответствующего пола достигается определенная нейроэндокринная установка и дифференциация пола. Удачный исход подобных операций даст морально-бытовое и социальное удовлетворение и больному, и хирургу, а отдельные результаты таких операций подтверждают их полную целесообразность.

Кроме случаев гермафродитизма, при определении пола некоторые сомнения и затруднения в экспертизе могут обусловить аномалии нейро-эндокринной системы, например евнухизм, вирлизм, гирсутизм, трансвеститизм и др.

Вирлизм и гирсутизм нередко сопутствуют друг другу. Этиология и патогенез их связаны с изменениями в надпочечниках. Вирлизм надпочечниковой этиологии нередко появляется в период, когда половая дифференцировка уже закончена и пол несомненен. Он иногда появляется в период наступления половой зрелости и в климактерический период, а у детей при *menstruatio praecox*.

Клинические проявления подобных аномалий следующие. У молодых девушек или женщин прекращаются менструации, внешний облик их изменяется, отмечается усиленный рост волос — появляются усы, борода, волосы на животе, спине, на конечностях, на теле, обычно имеющие длину 5—6 см. Черты лица меняются, принимая мужской тип.

Со стороны половых органов могут появиться следующие изменения: увеличение больших и малых губ, причем малые губы иногда приобретают фартукообразный тип, гипертрофия клитора, уменьшенная или нормальной величины матка, уменьшенные в размерах половые железы — яичники. Половая жизнь может быть сохранена.

В климактерический период встречаются неясно или резко выраженные формы подобных аномалий, сопровождающихся не только прекращением менструаций, но и наличием ожирения, появлением пигментации в виде коричневых пятен на руках, лице и других частях тела, а также появлением волосатости на лице и других частях тела.

Г. Ф. Писемский собрал несколько случаев гирсутизма. Некоторых из этих лиц ему пришлось оперировать в связи с аномалией гениталий. На основании своих наблюдений он приходит к совершенно правильному выводу о несомненной связи между пороками развития половых органов и патологическим развитием волос у женщин.

Из приведенных им случаев гирсутизма выделяется один, относящийся к женщине 36 лет. Наблюдаемая происходила из здоровой семьи. Менструации установились с 16 лет, по 7 дней через 4 недели. Последний раз менструации были 13 лет назад. Имела две беременности, из них первая окончилась нормальными родами, а вторая — преждевременными родами на V месяце, что она объясняет испугом. После этих родов долго болела. Болезнь сопровождалась высокой температурой, кровотечением из носа, отеками. После этого заболевания 6 лет не могла работать.

Спустя 3 месяца после родов начался рост усов и бороды. Менструации больше не приходили. Характер и привычки не изменились. Супружескую жизнь ведет нормально.

На приводимой Г. Ф. Писемским фотографии у больной имеется большая борода, по описанию автора, рыжевато-го цвета и такие же усы, что придает ее лицу мужской облик. Молочные железы развиты хорошо. Таз нормальных размеров. На груди, животе, спине, лобке густые волосы, особенно длинные на лобке. Наружные половые органы развиты нормально: влагалище без изменений, матка 9 см длины, яичники уменьшены, плотной консистенции, неболезненны при исследовании. Г. Ф. Писемский приходит к заключению, что данный случай чрезмерной волосатости, развившейся одновременно с прекращением менструаций, связан с прекращением функции яичников.

К сожалению не была сделана рентгенограмма турецкого седла и не проведены другие исследования. Надо полагать, что заболевание после вторых, преждевременных родов носило септический характер. В данном случае оно вызвало ряд изменений, причем не только в яичниках: в процесс были вовлечены надпочечники, возможно, и гипофиз, так как конечности у больной были увеличены по акромегалоидному типу. Чрезмерная или недостаточная волосатость часто сопутствует различным расстройствам деятельности эндокринных желез преимущественно яичников, надпочечников и щитовидной железы, функции которых взаимно связаны¹, а также другим заболеваниям половой системы, порокам развития, опухолям яичников и надпочечников.

При определении пола в описанном случае гирсутизма судебно-медицинский эксперт должен ответить, что данная свидетельствуемая по анатомическим особенностям строения своих половых органов и функциональной деятельности их относится к женскому полу, но что у нее имеется ряд нарушений, повлекших за собой утрату менструальной функции и развитие несвойственной женскому полу волосатости. Это является той формулой, которой в подобных случаях следует пользоваться с разными вариантами в зависимости от индивидуальности случая.

В противоположность описанной аномалии встречаются женщины евнухоидного типа, или так называемые кастраты, у которых в связи с различными формами функциональной недостаточности яичников на почве заболеваний воспалительно-деструктивного характера или частичной кастрации при операциях наблюдается перестройка в организме и развивается переход к гетеросексуальному или асексуальному типу. Прекращение менструаций после кастрации наблюдается в 96 % случаев, но в 4 % менструации продолжаются, так как у женщины, кроме основных половых желез, в 4 % встречаются добавочные скопления овариальной ткани, например островки овариальных элементов в широких связках.

Существует два типа кастраток — жирный и худой, но с достаточно выраженной мускулатурой. Первый присущ кастраткам зрелого возраста, второй характерен для ранней кастрации, т. е. ранней утраты яичниками своей функции. Кроме типических костных и конституциональных изменений, у евнухоидных женщин и кастраток бывают выражены в различной степени изменения со стороны половых органов, кожи и вторичных половых признаков, главным образом волос и кожи. В результате угасания функции яичников, а вместе с ними и других желез нарушается деятельность нервной системы, что приводит к атрофии молочных желез, наружных половых органов, матки и влагалища. В матке атрофируются не только мышечные волокна, но и слизистая оболочка с железами до полного их исчезновения. Кроме того, наблюдается депигментация кожи и облысение, а сохранившиеся волосы становятся ломкими, хрупкими.

На рис. 19 изображена (по Зельгейму) слева нормальная женщина, а справа — та же женщина с двусторонним удалением яичников (по поводу двусторонней кисты). Видны типичные изменения, характерные для кастрации у молодой 32-летней женщины. В подобных случаях судебно-

¹ М. Г. Сердюков. О функциональной связи между железистой частью яичника и корой надпочечника. М., 1924. К вопросу о внутрисекреторных взаимоотношениях некоторых эндокринных желез и матки. Архив клинической и экспериментальной медицины. М., 1922, № 23.

медицинская экспертиза по определению пола устанавливает принадлежность к женскому, но указывает, что имеющиеся нарушения связаны с изменением или отсутствием половых желез после операции или на почве редкого врожденного отсутствия яичников (ановария).

В ряде других случаев судебномедицинскому эксперту приходится устанавливать у поданных женщины степень утраты трудоспособности, если они связывают заболевание половых желез, потребовавшее их удаления, с брачной жизнью.

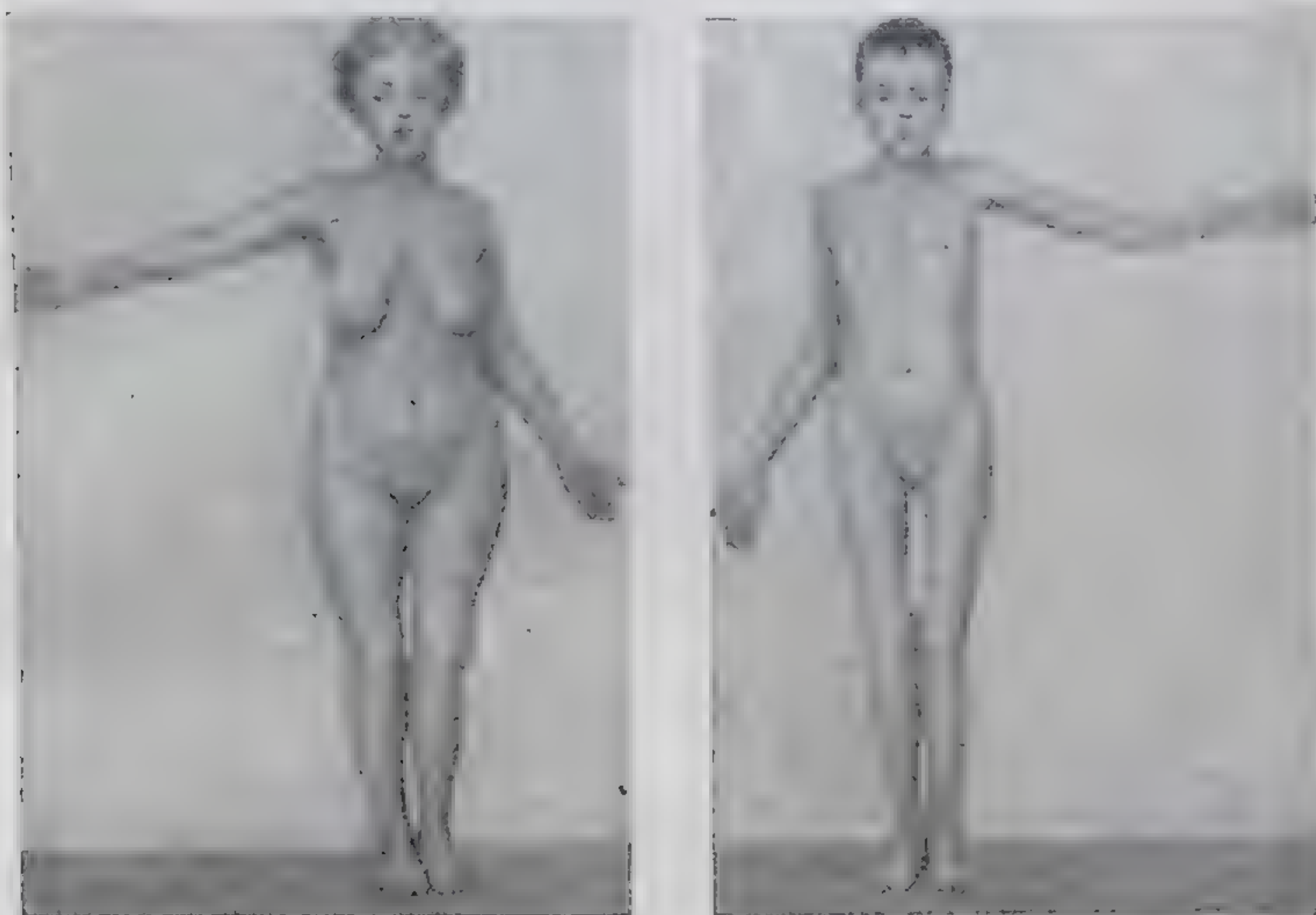


Рис. 19. Слева — тип нормальной женщины с характерными чертами. Справа — та же женщина после полной кастрации (были удалены болезненно измененные половые железы, после чего она приобрела ясно выраженный евнухоидный тип).

Ввиду сложности клинических проявлений кастрационного симптомокомплекса судебномедицинскую экспертизу в подобных случаях следует проводить консультативно, в комиссии с участием невропатолога.

При судебномедицинской экспертизе по определению пола приходится проводить обследование и так называемых трансвеститов. Трансвеститами называются лица, которые испытывают непреодолимое стремление к ношению одежды другого пола, что и осуществляют, причем в некоторых случаях вступают в любовные взаимоотношения с одноименным им полом (например, лесбийская любовь).

У трансвеститов имеются в большей или меньшей степени выраженные отклонения в психике: страсть к переодеванию и ношению одежды другого пола носит характер навязчивой идеи.

Приводим 2 случая трансвестизма из практики Московской городской судебномедицинской экспертизы.

1. К. по паспорту женщина, а фактически мужчина 46 лет, был направлен Управлением милиции Москвы для определения пола.

По словам свидетельствуемого, еще с детства чувствовал влечение к обществу девочек. Учась в мужской школе, чувствовал себя там чужим. С 17 до 24 лет испы-

тивал стеснение в мужском обществе. Движения были кокетливы, хотелось нравиться мужчинам, с женщинами были только дружеские отношения. 24 лет женился, но через 5—6 месяцев должен был разойтись из-за половой слабости, так как к жене «не было чувств мужчины». С 24 до 27 лет происходила внутренняя борьба вследствие неясности половой принадлежности. В Казани обращался в Наркомздрав и в народный суд; ему было разрешено носить женскую одежду, был изменен паспорт с присвоением женского имени, и он был снят с воинского учета. Комиссия при Наркомздраве Казани установила, что К. является трансвеститом с гомосексуальными наклонностями. При исследовании в психиатрической клинике I Москов-



Рис. 20. Трансвестит. Слева — переодетый в женское платье, справа — в обычной для него одежде (наблюдение М. И. Ковалевой).

ского медицинского института данный диагноз подтвердился. Рост 171 см. Окружность грудной клетки 83—77 см. Телосложение правильное. Кожа и слизистые оболочки бледны. На голове растительность мужского типа. Черты лица мужского типа. Волосы на лице и верхней губе хорошо выражены, с проседью; имеются усы. В подмышечных впадинах и на лобке волосы также хорошо выражены. Мужские половые органы правильного анатомического строения. Половой член средней величины, в мошонке прощупываются два яичка нормальной величины, мошонка нормального строения.

Заключение Московской городской судебно-медицинской экспертизы. Согласно диагнозу психиатрической клиники I Московского медицинского института, свидетельствуемый К. страдает трансвестизмом. По строению своих половых органов и общему физическому развитию относится к мужскому полу (рис. 20).

2. В. 28 лет, кочегар, направлена районным отделением милиции для определения пола.

При рождении получила свидетельство на женское имя. До 18 лет вела себя, как девушка, носила женскую одежду, дружила с девушками.

С 18 лет появилось влечение к женщинам. Менструации с 16 до 18 лет приходили аккуратно по 2—3 дня, последнее время нерегулярны.

Половая жизнь с 20 лет, удовлетворение получает. Беременностей и родов не было. В 1948 г. «женилась» (без регистрации), взяв «жену» с ребенком. Половые сношения с женой осуществляются обычным способом. Жена нормально развита женщина. От первого брака имеет ребенка. Менструации приходят регулярно. Заявляет, что половая жизнь с данным субъектом ее вполне удовлетворяет.

При обследовании установлено следующее. Рост 169 см. Окружность грудной клетки 88—94 см. Окружность головы 54,5 см. Размеры таза: между вертелами 32 см, между остями 25 см, между гребешками 28 см, наружная конъюгата 20 см. Курит, пьет спиртные напитки. Волос на лице нет (пушок). Оволосение в подмышечных впадинах и щитовидный хрящ выражены хорошо. Носит мужскую одежду. Походка и манеры мужские. Молочные железы полушаровой формы, отвислые, дряблые, размером 17—19 см, соски обособлены, розовой окраски, так же как и околососковые кружки. Наружные и внутренние половые органы сформированы правильно, по

женскому типу. Оволосение на лобке выражено хорошо, волосы с завитками. Клитор не увеличен, в складках малых губ имеется половая смазка смегма. Девственная плева кольцевидной формы, средней высоты и мягкости, свободный край фестончатый, без повреждения. Отверстие девственной плевы 2,5 см в диаметре, свободно пропускает палец; кольцо сокращения ясно определяется. При исследовании через прямую кишку шейка матки конической формы, тело матки инфантильного типа.

Заключение Московской городской экспертизы. В., 28 лет, носит мужскую одежду, имеет походку мужского типа и манеры, напоминающие мужские. В последнее время сменила женскую одежду на мужскую, что еще больше придает ей мужской облик. По анатомическому строению половых органов (наличие девственной плевы, влагалища, матки) и менструальной функции хотя и несовершенной, так как менструации появляются нерегулярно, В. принадлежит к женскому полу. Целость девственной плевы у В. не нарушена.

Данный случай трансвестизма напоминает первый, но в этом случае гомосексуальность выражена более отчетливо. Впрочем, здесь имеется и некоторая материальная заинтересованность: так называемая жена трансвестита очень просит признать В. мужчиной, так как «он» зарабатывает хорошо и содержит ее с дочерью. В противном случае она останется без материальной поддержки.

О нормальных половых сношениях, о которых заявляет свидетелем и его партнерша, говорить не приходится. В данном случае они совершаются по типу лесбийской любви.

НАРУШЕНИЕ ПОЛОВОЙ НЕПРИКОСНОВЕННОСТИ. ДЕФЛОРАЦИЯ

Девственную плеву, по-гречески «гимен», что означает «оболочка», «покрышка», старинные авторы называли перепонкой девственности. Поэты древности называли ее цветком — *flor*, откуда и происходит судебно-медицинский термин «дефлорация».

Лишение женщины физической девственности, т. е. нарушение целостности девственной плевы, называется растлением. Это сопровождается разрывами ее при первом половом акте, если плева по своей форме не допускает половых сношений без нарушения ее целостности.

Наш закон охраняет половую неприкосновенность женщины¹. Половые сношения без согласия женщины наказуемы. Половые сношения без согласия женщины с применением силы называются изнасилованием.

В полном объеме это понятие скорее юридическое, так как оно затрагивает большой круг вопросов и обстоятельств, которые без судебно-медицинской экспертизы не могут быть разрешены. Нарушение девственной плевы после достижения половой зрелости и с согласия девушки не составляет уголовного преступления.

Девственная плева расположена у входа во влагалище. Границами ее является ладьевая ямка, стенки влагалища у самого входа и наружное отверстие мочеиспускательного канала. Таким образом, девственная плева составляет границу между преддверием и полостью влагалища, являясь как бы диафрагмой перед входом во влагалище. Наличие целостности девственной плевы — точный судебно-медицинский признак физической девственности. При первом половом сношении девственная плева в подавляющем числе случаев разрывается или подвергается стойким изменениям. Вследствие этого она с давних времен получила наименование девственной плевы.

Изучение девственной плевы, как известно, относится к нескольким разделам медицины: эмбриологии, анатомии, гистологии, акушерству, гинекологии и судебной медицине.

Каждая из этих наук подходит к изучению девственной плевы со своими методами исследования и в соответствии со специальными задачами и целями.

¹ Среди разнообразных терминов юридически наиболее правильным является термин «половая неприкосновенность».

РАЗВИТИЕ ДЕВСТВЕННОЙ ПЛЕВЫ

Данные сравнительной анатомии показывают, что у однокопытных животных, жвачных и хищных, а также у обезьян имеются образования, аналогичные девственной плеве. У других животных девственной плевы нет. Физиология девственной плевы не выяснена.

Одно время считали (Капюрон, Рише, Тульмуш и др.), что у людей можно встретить редкие случаи полного отсутствия девственной плевы. Однако это мнение не подтвердилось. Интересно отметить, что еще за 120 лет до нашей эры Соран Эфесский и за 400 лет до нашей эры Гиппократ описали девственную плеву в виде непрободаемой перегородки, препятствующей истечению менструальной крови. Позднее зарубежные (Бартолини, Везалий, Фаллопий) и отечественные (Э. Ф. Беллин и В. О. Мержеевский, М. Д. Никитин) ученые подробно описали девственную плеву разной формы.

В. О. Мержеевский считает, что авторы, признавшие возможность отсутствия девственной плевы в некоторых случаях, по-видимому, наблюдали это у детей, у которых в самом раннем возрасте девственная плева действительно имеет вид просто сужения входа во влагалище или принимает форму тонкой каймы, располагающейся у входа, иногда довольно глубоко, напоминая утолщенного валика, а иногда в форме складок.

Развитие девственной плевы начинается обычно с 19-й недели внутриутробной жизни. Девственная плева — это преобразованный нижний конец мюллеровых ходов, сливающихся в одну трубку и открывающихся в преддверии; она формируется из эмбрионального ростка влагалища. Этот росток проходит через тазовую соединительную ткань в изогнутом направлении с выпуклостью к брюшной поверхности зародыша. Нижняя часть влагалища расширяется в форме ампулы, соединительная ткань тазового дна истончается и ампула выходит из так называемый *sinus urogenitalis*. Так как девственная плева представляет собой нижний конец зародышевого влагалища, то спереди она покрыта эпителием малых губ и преддверия влагалища, а с внутренней стороны — таким же эпителием, как влагалище.

Существует ошибочное мнение (Поззи), будто девственная плева актодермального происхождения. Утверждение это Поззи основывал на том, что в случаях полного врожденного отсутствия влагалища он не обнаружил девственной плевы. Однако ряд последующих наблюдений не подтвердил подобных фактов.

По Л. Л. Окивчицу, девственная плева с возрастом претерпевает изменения, переходя из формы в виде каймы в форму в виде заслонки. Свободный край девственной плевы, будучи толстоват у новорожденных и детей раннего возраста, постепенно становится тоньше и острее, но в пожилом возрасте снова утолщается.

АНАТОМИЯ И ГИСТОЛОГИЯ ДЕВСТВЕННОЙ ПЛЕВЫ

Девственная плева представляет собой комплекс тканей, повторяя средний слой влагалища. Снаружи она покрыта слизистой оболочкой малых губ и преддверия, состоящей из плоского эпителия черепитчатого строения и образующей довольно толстый слой, и отделена от остального вещества плевы (соединительной ткани, мышц, нервов и сосудов) рядом эпителиальных клеток, имеющих фестончатый изгиб. Изнутри, со стороны влагалища, девственная плева покрыта слизистой оболочкой влагалища, представляющей также плоский эпителий, но здесь пласт его вдвое тоньше и от остальной ткани, составляющей девственную плеву, он отде-

леп рядом клеток, имеющим фестончатое направление. Между обеими пластинками слизистых оболочек расположен соединительнотканый остов, служащий продолжением подслизистого слоя влагалища и заключающий в себе значительное количество эластичных волокон, создающих тургор девственной плевы. Сюда же вступают мышечные волокна, обуславливающие толщину, или так называемую мясистость, девственной плевы. Среди этих гистологических элементов располагаются сосуды, нервы и не всегда пигмент (рис. 21).

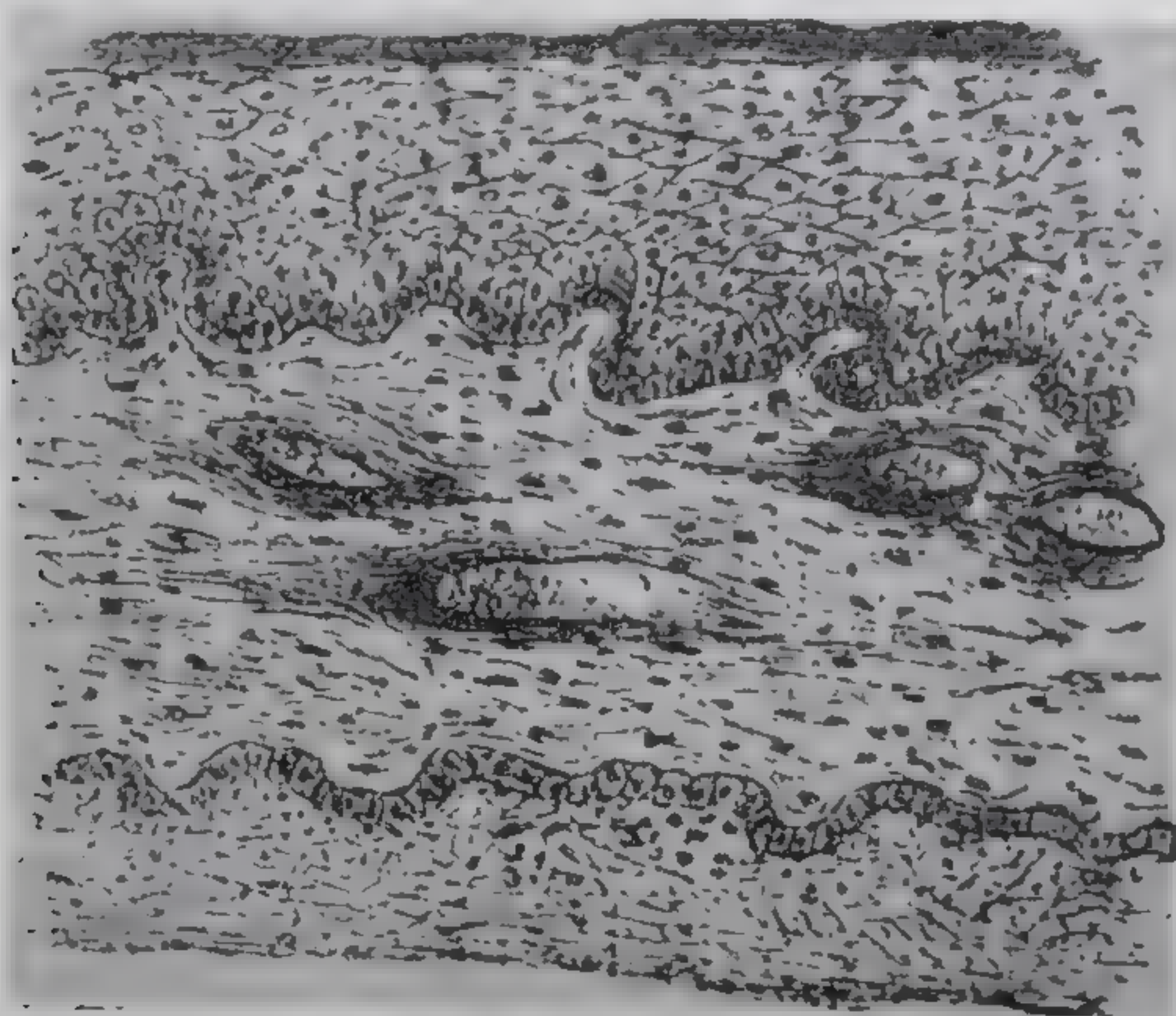


Рис. 21. Гистологическое строение девственной плевы: верхний слой со стороны преддверия отделен от среднего соединительнотканного подслизистого слоя фестончато расположенными эпителиальными клетками. В среднем слое видны сосуды. Третий слой — задний влагалищный — также состоит из плоского эпителия, но он тоньше, а эпителиальные клетки несколько меньше (по Л. Л. Окиничу).

Точное значение анатомо-гистологического строения девственной плевы уясняет механизм возникновения разрывов, их заживления, что очень важно для уточнения судебно-медицинской диагностики.

В девственной плеве различают уретральную часть, т. е. часть, ближайшую к наружному отверстию мочеиспускательного канала, и ректальную часть, т. е. часть ближайшую к прямой кишке, далее, правую и левую по отношению к свидетельствуемой. В клинической и практической гинекологии верхняя часть называется передней частью, например передняя губа шейки, передняя стенка влагалища, задний свод, задняя губа (но не верхняя или нижняя).

В девственной плеве различают далее наружный край, т. е. примыкающий к стенкам влагалища, и внутренний, или свободный, край, обращенный в просвет влагалища и окружающий ее отверстие.

При оценке признаков физической девственности, кроме бесспорного признака наличия девственной плевы, некоторые придают значение состоянию молочных желез, их правильной форме, округленности, упругости мышц брюшного пресса, стойкости фигуры, характеру кожных покро-

вов, состоянию половых органов, наличию пигментации и тургора половых губ, степени выраженности сводов влагалища, характеру поперечной складчатости стенок влагалища, закругленности — огрубению свободного края плевы в ее ректальном отделе. Казуистика показывает, что у малолетних могут встречаться морщинистые, пигментированные и удлиненные половые губы, а у подростков, не достигших 14-летнего возраста, при наличии неповрежденной девственной плевы бывает выражена значительная растяжимость ее.

Следует отметить, что состояние молочных желез, общий тургор и некоторые другие признаки непостоянны: выраженность их тесно связана с общей устойчивостью организма, а также с соблюдением гигиенических правил (например, с ношением бюстгальтера, брюшного пояса), с образом жизни, возрастом, характером работы, строением тела и функциональными особенностями организма.

МОРФОЛОГИЯ И КЛАССИФИКАЦИЯ ФОРМ ДЕВСТВЕННОЙ ПЛЕВЫ

Форма девственной плевы чрезвычайно разнообразна. Поэтому существует даже мнение (Ладерети, Родригс), что типичной формы девственной плевы не существует и каждой женщине присуща только ей свойственная плева. Однако это мнение ошибочно.

В. О. Мержеевский насчитывает более 14 классификаций формы плевы, основанных на различных принципах. Классификация предложенная Далль-Вольтом, основывается на эмбриологическом принципе, но она отвечает практическим целям, так как на первое место ставит редко встречающуюся форму — заращенную плеву. Ряд других классификаций утратил свое значение потому, что их авторы стремились одним термином обозначить совокупность нескольких признаков, часто изменчивых и нехарактерных для обобщения. Классификация Э. Ф. Беллина проведена по чисто морфологическому признаку, а в классификации Н. С. Бокарнуса за основу принята форма отверстия девственной плевы.

Классификация девственной плевы может считаться приемлемой для практической работы, если в ней учтены все характерные свойства девственной плевы, а именно ее общий вид, состояние свободного края, форма отверстия. В настоящее время описано около 25 разнообразных форм девственной плевы. Если исключить редкие индивидуальные формы, то наиболее приемлемой можно считать классификацию М. Д. Никитина, которая базируется на трех характерных особенностях девственной плевы: 1) очертании поверхности, 2) неровности свободного края и 3) числе отверстий.

Такая классификация соответствует теоретическим данным и практической необходимости.

Как показывают многочисленные наблюдения, наиболее часто встречающейся формой девственной плевы является кольцевидная плева со следующими разновидностями: «полулунной, трубковидной, воронкообразной, губовидной, которые имеют одно общее отверстие с ровным гладким краем.

Второй признак, положенный в основу классификации, неровности свободного края характеризуется следующими формами девственной плевы: бахромчатой, зубчатой, спиральной, лепестковидной, лоскутной. Основным признаком этих форм плевы является состояние свободного края, поэтому, например, бахромчатая или спиральная форма плевы может по общему своему виду иметь кольцевидную форму, но край плевы

характерно изменен, и эта преобладающая особенность подобной плевы определяет ее название бахромчатой или спиральной.

Третий вид характеризуется наличием не одного, а нескольких отверстий или полным отсутствием отверстия. Сюда относятся очень редкий, так называемый непрободаемый, или слепой, гимен и более часто встречающийся двухкончатый, трехкончатый и решетчатый гимен, когда число отверстий более трех.

Существует еще перегородчатый гимен. Разница между двухкончатым и перегородчатым состоит в толщине перегородки и величине окон;

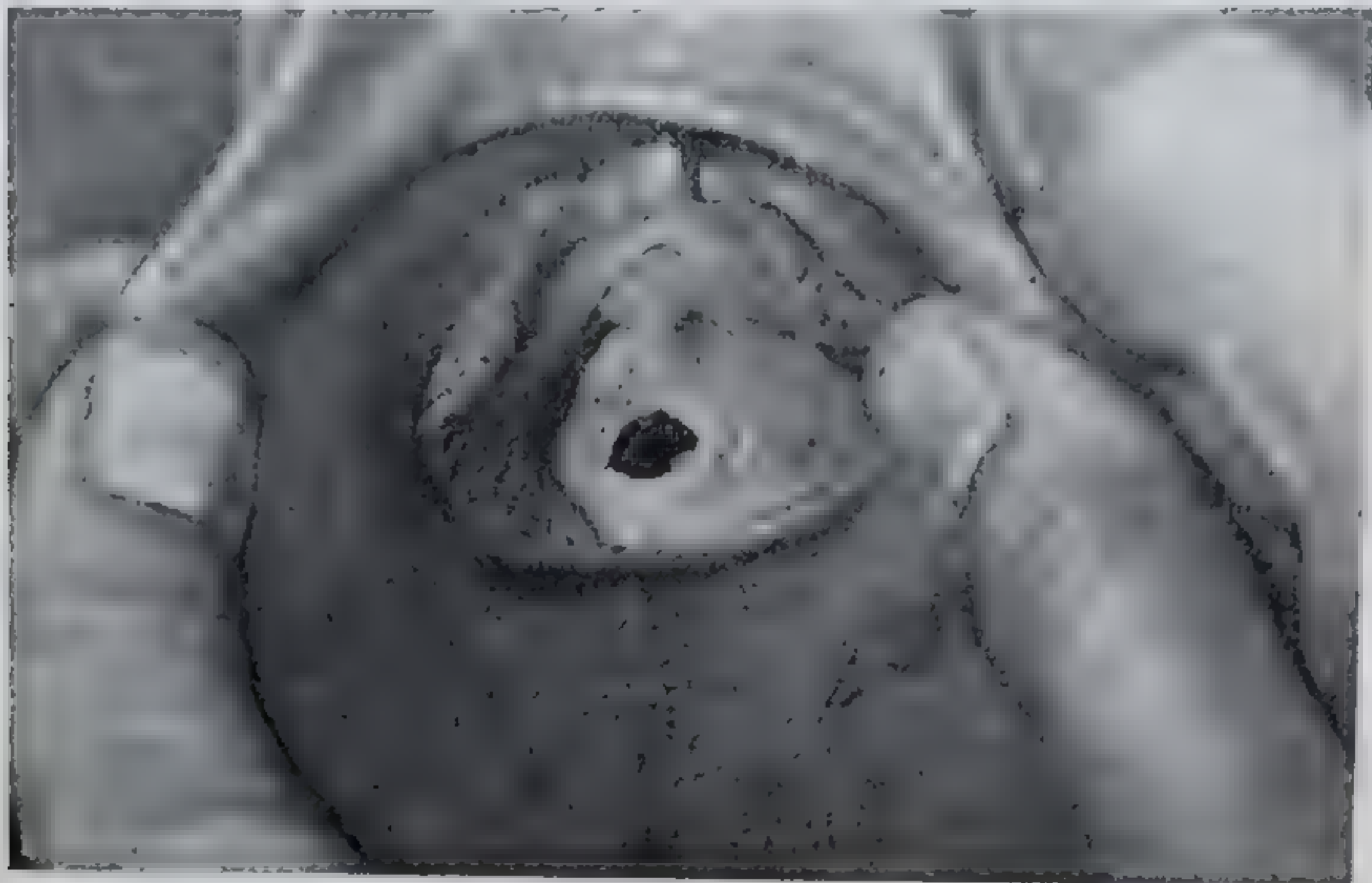


Рис. 22. Девственная плева кольцевидной формы, высокая, мясистая, свободный край ее ровный, тонкий, без повреждений. На цифре 4 циферблата часов едва заметный природный сосочек.

если окна занимают небольшое пространство, а перегородка мощная, то это перегородчатый гимен, а если окна обширны по сравнению с тоненькой перегородкой, то это двухкончатый гимен.

Спор некоторых авторов о том, какая форма девственной плевы должна занимать в классификации первое место — кольцевидная, или полулунная, имеет скорее практическое, чем теоретическое значение. Эти сомнения безоговорочно решаются таким образом, что первое место в классификации должно принадлежать кольцевидной плеве, так как по эмбриогенезу, а особенно по частоте встречаемости эта форма является самой распространенной.

Термины «кольцевидная» или «циркулярная» плева являются синонимами, хотя некоторые циркулярной считают плеву с совершенно центральным положением отверстия. Однако правильнее применять название «кольцевидная» плева, так как она подобна кольцу с отверстием, вокруг которого имеется ободок из тканей разной высоты.

Приводим более точное описание форм плевы и соответствующую терминологию.

Кольцевидная плева (*hymen annularis*). Имеет вид кольца с отверстием круглой или овальной формы (рис. 22).

Полулунная плева (*hymen semilunaris*) (рис. 23). Большей частью встречается у детей в течение первого десятилетия. В ее задней половине больше ткани, вследствие чего она приобретает форму полумесяца, рог которого соприкасаются у уретрального отверстия.

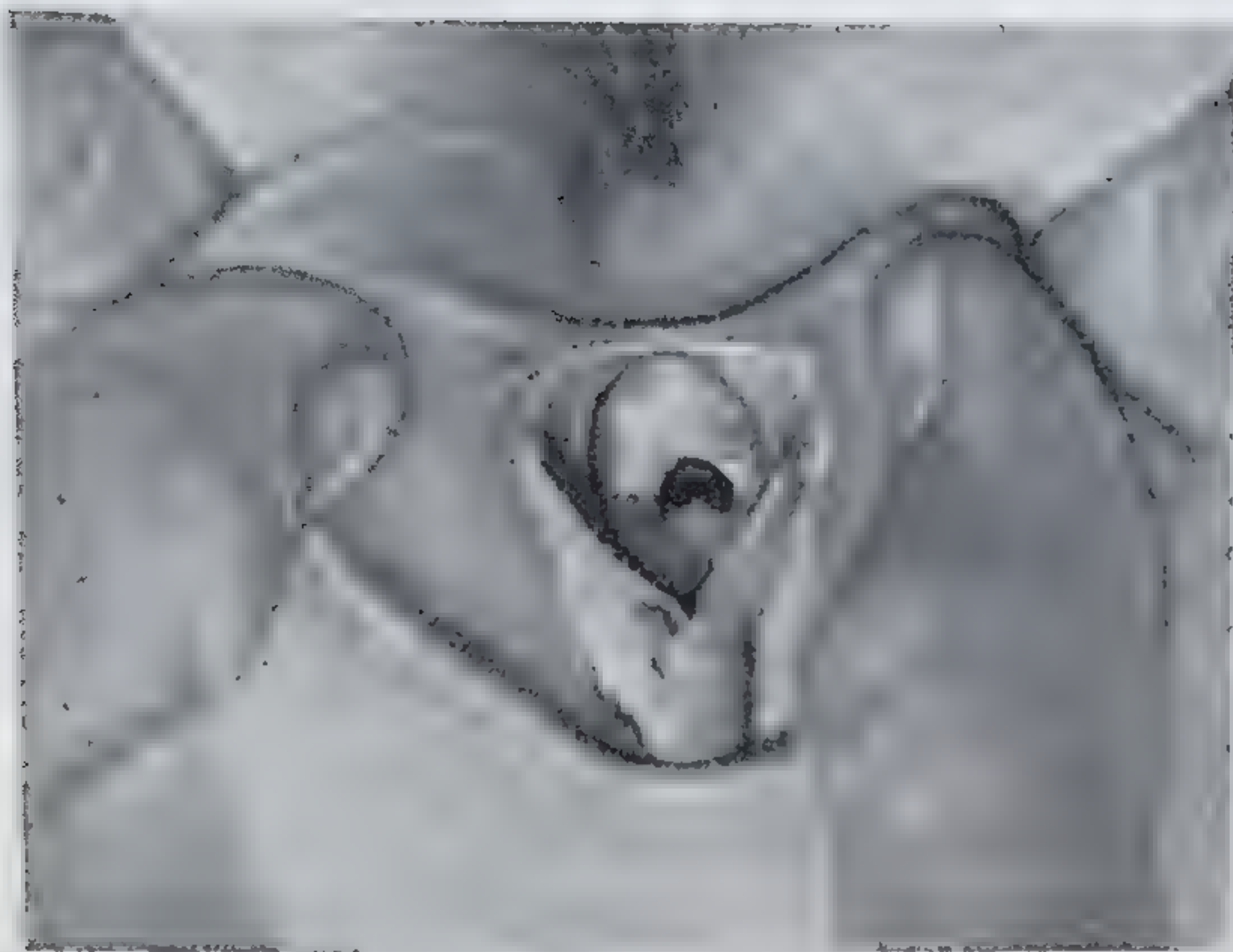


Рис. 23. Девственная плева полулунной формы, высокая, очень тонкая, при растяжении просвечивает. Свободный край ее тонкий, ровный, без повреждений. Отверстие неправильно округлой формы, размером $0,3 \times 0,2$ см (возраст обследуемой 10 лет 5 месяцев).



Рис. 24. Девственная плева трубчатой формы. Свободный край ее закруглен, справа имеется избыток вещества, отчего при растяжении плевы справа получается складчатость. Плева приподнята над поверхностью входа во влагалище, что и придает ей трубчатую форму. Слева видно углубление—отрыв девственной плевы от стенки влагалища (возраст обследуемой 16 лет).

Трубчатая плева (*hymen tubiformis*) (рис. 24). Края ее несколько приподняты над входом. Имея форму трубки, она представляет собой разновидность кольцевидной плевы.

Воронкообразная плева (*hymen infundibuliformis*) имеет вид усеченного конуса с отверстием на вершине.

Губовидная плева (*hymen labialis*). Передний и задний сегменты низки, благодаря чему создается впечатление третьей пары половых губ.



Рис. 25. Килевидная форма девственной плевы у 16-летней. Девственная плева высокая, мясистая, с неповрежденным краем. Отверстие щелевидной формы, небольшое.

Килевидная плева (*hymen carinatus*) имеет очертание киля лодки или корабля. По существу это разновидность кольцевидной плевы (рис. 25).

Валикообразная, или тесемчатая, плева. Имеет вид толстого мясистого валика, расположенного по окружности входа во влагалище, с большим отверстием, что затрудняет диагностику растления, так как эта форма редко разрывается при совокуплении.

Двойная плева (*hymen duplex*). Образуется вследствие аномалии развития гименальных зачатков. Раздвоение обычно происходит в поперечном направлении с образованием верхней и нижней полулунной плевы. Типичная двойная плева встречается в раннем возрасте. По мере развития обе половинки сближаются, рога их сливаются, и ко времени наступления половой зрелости образуется одна плева с наличием естественных выемок на месте слившихся половинок плевы.

Дольчатая, или лоскутная, плева (*hymen lobularis*) состоит из трех, четырех, пяти долей — передней, задней и боковых. Эти доли обособлены, выемки между ними проникают чаще всего до основания плевы, т. е. влагалищной стенки. Края лоскутов одинаковой толщины, цвета и консистенции со всей плевой, что позволяет отличить такую плеву от лоскутов, образующихся при ее разрыве. Эта разновидность встречается редко.

Бахромчатая плева (*hymen fimbriatus*). Свободный край на всем протяжении представляет собой бахрому, фимбрии разной длины, близко сидящие друг к другу. Такая плева по форме относится большей



Рис. 26. Девственная плева лепестковидного строения, высокая, мясистая. Свободный край девственной плевы на всем протяжении лепестковидно раздвоен, на цифрах 2, 4, 6, 8 циферблата часов имеются естественные выемки, не достигающие до основания.



Рис. 27. Кольцевидная девственная плева у девочки 7 лет 8 месяцев: на цифре 6 циферблата часов имеется сосочек, напоминающий столбик.

частью к кольцевидным. Бахромки нередко располагаются не только на сводчатом крае, но и на поверхности самой плевы. Бахромчатая плева чаще всего встречается у взрослых, достигших половой зрелости.

Зубчатая плева (*hymen denticulatus*). При этой форме по свободному краю располагаются неглубокие выемки, придающие тммену своеобразный зубчатый вид. Иногда при избытке вещества плевы свободный край бывает волнистым или гофрированным, но и в таких случаях классификация проводится по форме плевы и только отмечается, например, так: девственная плева кольцевидной формы с гофрированным или волнистым краем.

Лепестковидная плева (*hymen bilamellatus*) (рис. 26). При наличии утолщения края имеется его раздвоение и деление по верти-



Рис. 28. Типичная глубоко расположенная двухкончатая плева у 10-летней девочки.

кальной линии на несколько лепестков, которые при растягивании плевы могут располагаться в разных плоскостях. При этой форме экспертиза может представить немало затруднений. Важно обнаружить рубцы, поэтому при свежем ранении полезна и убедительна бывает контрольная экспертиза через 10—14 дней. Это имеет большое значение, как мы убедились на личном опыте.

Подковообразная плева. Такая плева действительно напоминает подкову, причем спереди, т. е. у наружного отверстия мочеиспускательного канала, она открыта и не имеет ткани. Эта плева очень сходна с полулунной.

Девственная плева со столбиками (*hymen columnatus*). Такая плева образуется вследствие неполного обратного развития нижнего отрезка мюллеровых ходов, и тогда на ней остаются в разном количестве (3—4) сосочки, напоминающие колонки. Если же на плеве оказываются 1—2 соска в форме утолщения края, то такая плева получает название по своей основной форме, например кольцевидная с сосочками на цифре 7 или 5 циферблата часов и т. п. (рис. 27).

Спиральная плева (*hymen spiralis*). Плева в виде узкой каемки начинается на середине соответственно задней стенке влагалища, далее, обогнув просвет влагалища, в виде такой же узкой каемки располагается винтообразно и сканчивается несколько внутри и сзади от своего начала.

Остростчатая, или полуперегородчатая, плева (*hymen subseptus*) отличается присутствием эмбриональных остатков в виде шпоры или более или менее длинных отростков, обычно расположенных

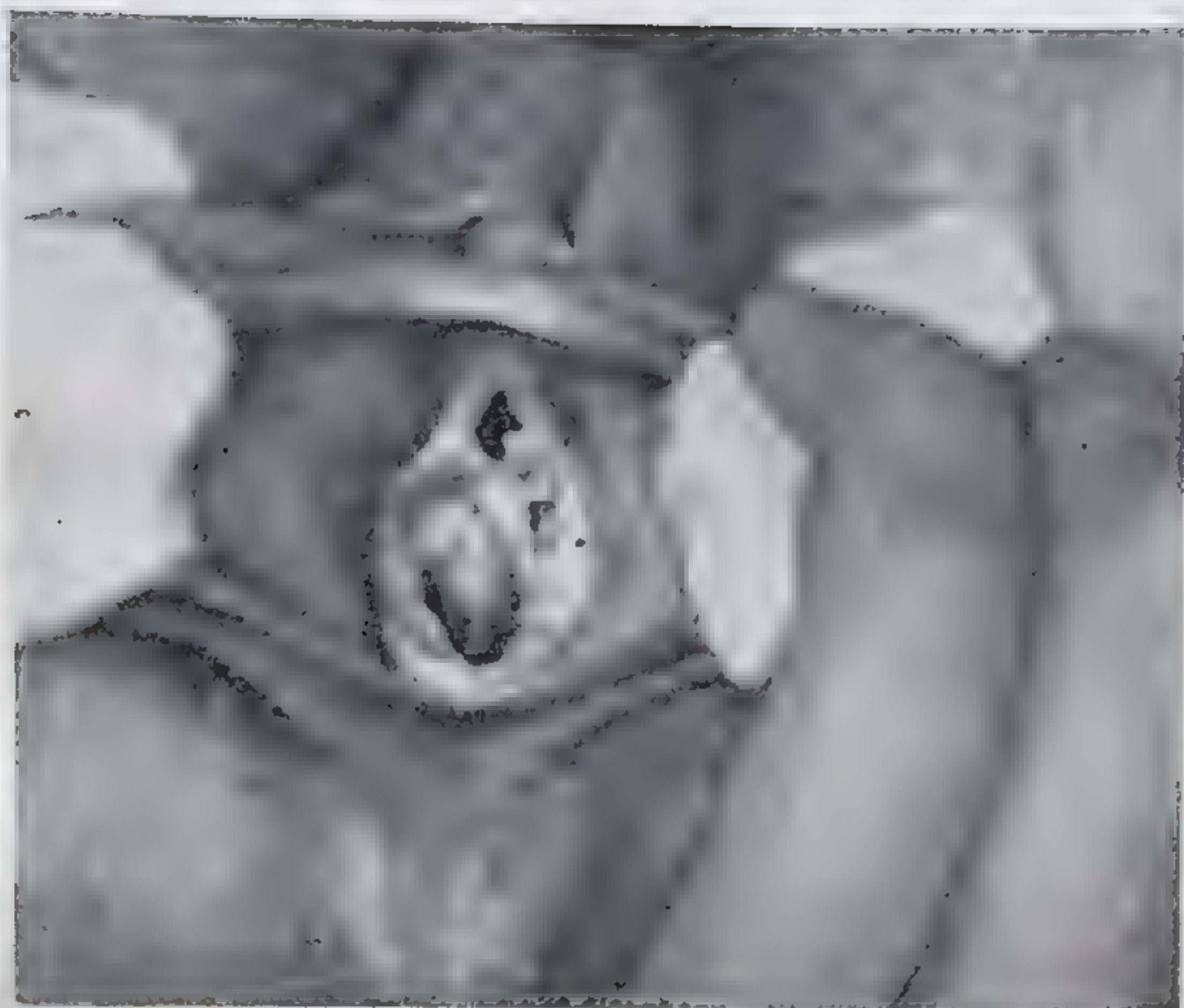


Рис. 29. Двухкончатая девственная плева с тонкой перегородкой, расположенной в левом косом направлении. Правое окно больше левого (2 см длины; 1 см ширины в растянутом виде). На цифре 8 циферблата часов естественная выемка; левое окно длиной 1 см, шириной 0,5 см. Вверху видно мочеиспускательное отверстие.

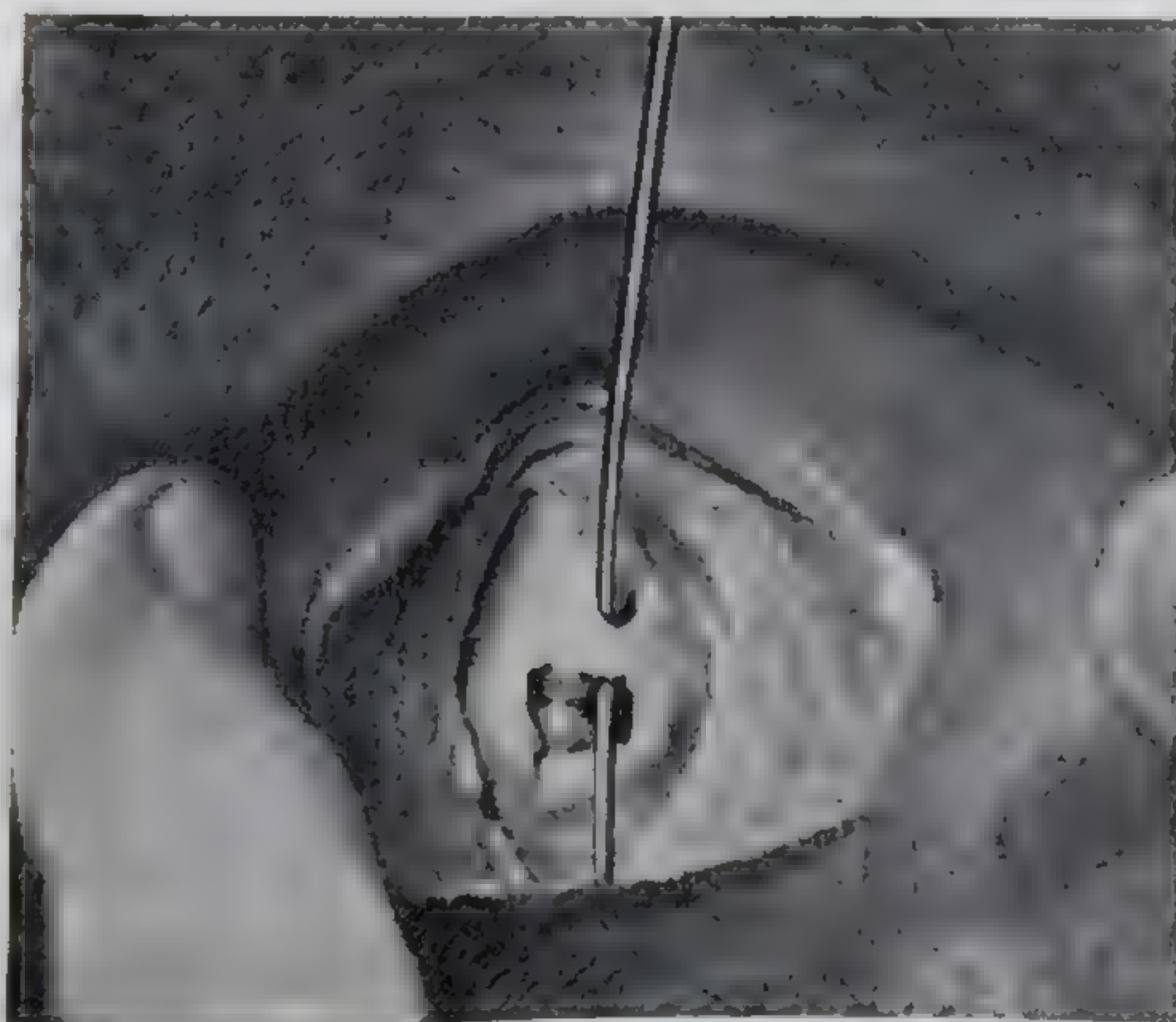


Рис. 30. Трехкончатая плева средней высоты и мягкости. Через два окна проведен зонд. Справа от перегородки третье окно. На цифре 7 циферблата часов разрыв плевы до основания. Диаметр отверстий 0,7—0,3—1 см.

в передней, задней или боковых отделах плевы. Длинные отростки следует рассматривать как неполную перегородку. Такая форма встречается как у детей, так и у взрослых.

Двухокончатая, или перегородчатая (hymen bifenestratus seu septus) (рис. 28, 29, 30, 31). Эти формы плевы образуются вследствие задержки обратного развития гименального конца мюллеровых ходов, когда после прободения только боковых участков остается перегородка, идущая в вертикальном, горизонтальном или косом направлении.



Рис. 31. Девственная плева перегородчатая. Кроме того, имеется двойное влагалище. Края отверстий как справа, так и слева толстоваты, без повреждений (возраст обследуемой 4 года 6 месяцев).

Отверстия имеют овальную или круглую форму и могут быть одинаковой или различной величины. Название «двухокончатая, или перегородчатая», зависит от величины и толщины перегородки: если она толстая, а отверстия малы, то такая плева носит название перегородчатой, если же отверстия относительно велики, а перегородка тонка, то такая плева получает название двухокончатой.

Непрободная, заращенная, или слепая, плева (hymen coeacus seu impertoratus). Образуется в результате ненаступившего прободения гименального отрезка мюллеровых ходов и остановки их нормального развития. Очень часто такая форма плевы сопровождается и другими дефектами развития, отсутствием влагалища и матки. В ряде случаев по достижении половой зрелости плева служит препятствием для оттока менструальной крови и требует оперативного вмешательства: в очень редких случаях может наступить самопроизвольный разрыв ее.

Решетчатая девственная плева (hymen cribriformis) — плева с большим количеством мелких отверстий, напоминающая решето. Встречается крайне редко.

Перечисленные разнообразные формы девственной плевы систематизированы в приведенной ниже классификации, которая была предложена в сокращенном виде М. Д. Никитиным, а нами доработана и значительно дополнена на основе трех указанных выше основных признаков: общего вида, состояния свободного края и количества отверстий.

Классификация девственной плевы по М. Д. Никитину, дополненная проф. М. Г. Сердюковым:

Род девственной плевы	Вид гимена и его морфология
<p>Первый род Обычные, часто встречающиеся формы девственной плевы, характеризующиеся очертанием ее поверхности</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Кольцевидная (annularis) 2. Полулунная (semilunaris) 3. Трубчатая (tubiformis) 4. Воронкообразная (infundibuliformis) 5. Губовидная (labialis) 6. Килевидная (carinatus) 7. Валикообразная, или тесемчатая 8. Подковообразная (тождественна полулунной—semilunaris)
<p>Второй род Необычные, реже встречающиеся формы, характерным признаком которых являются неровности края</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Дольчатая, или лоскутная (lobularis) 2. Бахромчатая (fimbriatus) 3. Спиральная (spiralis) 4. Лепестковидная (bilamellatus) 5. Зубчатая (denticulatus) 6. Колончатая (columnatus)
<p>Третий род Редкие формы, отличительным признаком которых служит отсутствие отверстий или наличие в плеве более одного отверстия</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Двухокончатая, или перегородчатая (bifenestratus seu septus) 2. Полуперегородчатая (subseptus) 3. Непрободаемая, или слепая (imperforatus seu caecus) 4. Решетчатая (cribriformis)

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ И СОСТАВЛЕНИЕ АКТА

При каждом исследовании требуется составить акт по определенной форме. Акт состоит из шести частей.

В первой части перечисляется имя, отчество, фамилия, возраст, социальное положение, место работы, время освидетельствования, кем и когда направлена, цель освидетельствования.

Во второй части излагаются обстоятельства дела по словам освидетельствуемой, причем под изложенным она подписывается сама, а если это касается ребенка, то акт скрепляется подписью матери или сопровождающего лица.

Третья часть — это жалобы, состояние функций организма. Четвертая часть содержит описание вторичных половых признаков.

В пятой части описывается состояние наружных, а если потребуется, то и внутренних половых органов.

В шестой части на основании изложенного обосновывается заключение.

Ниже приводим образец акта обследования.

Форма акта в Московской областной судебно-медицинской экспертизе _____
по предложению от 195 г. за № в помещении _____
судебно-медицинским экспертом освидетельствована гр-ка _____
лет, проживающая _____ по профессии _____ паспорт № _____
на предмет определения _____ Обстоятельства дела _____

Жалобы _____ Специальный анамнез (подробные сведения о менструациях, беременностях, абортах, родах) _____

Записано с моих слов верно: _____ (подпись)

Данные объективного исследования _____

Общее состояние _____

Повреждения на теле _____

Вторичные половые признаки _____

Наружные и внутренние половые органы _____

Дополнительные исследования _____

Заключение

Судебно-медицинский эксперт

(подпись)

Во избежание возможных недоразумений в судебно-медицинской трактовке полсвой неприкосновенности, изнасилования и развратных действий необходимо участие при освидетельствовании не одного, а двух экспертов, которые вместе подписываются под актом освидетельствования. Для удобства и точности исследования осмотр производится на гинекологическом кресле, обязательно при дневном освещении, если же приходится обследовать при искусственном свете, то лучше всего пользоваться лампой дневного света, в крайнем случае обычной лампой с матовым стеклом во избежание теней.

Собирание сведений об обстоятельствах дела надо проводить по правилам клинического гинекологического метода, но при этом не упускать из виду, что в делах половых преступлений нередко имеют место ложные показания, сообщения явно умышленного и недобросовестного характера. Встречались случаи, когда свидетельствуемые оказывались подставными лицами, знакомыми подвергнувшимся оскорблению, которые просили заменить их, так как сами жалобщики фактически уже жили половой жизнью. Поэтому во всех случаях свидетельствуемые должны предъявлять паспорт или другой документ с фотографической карточкой, подтверждающей их личность. Это требование обязательно при всех видах судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизы.

В акте данных объективного исследования должно быть отражено общее состояние исследуемой. В отдельных случаях необходимо отметить, соответствует ли свидетельствуемая по виду своему возрасту или выглядит старше или моложе своих лет, а также учесть степень умственного ее развития и ориентировки в происшедшем. Измеряются рост, объем грудной клетки при вдохе и выдохе, размеры таза. Подробно описывается состояние вторичных половых признаков: оволосение и развитие молочных желез. Особо и подробно описывается форма, величина, цвет, локализация повреждений на половых органах и других участках тела с указанием, по возможности, каким предметом нанесены эти повреждения. Это может служить для суда косвенным указанием на борьбу свидетельствуемой и на попытку или, смотря по обстоятельствам, на

насильственное совершение полового акта. Однако при оценке достоверности повреждений не следует упускать из виду возможности в некоторых случаях симуляции повреждений и наличия самоповреждений.

Далее списываются наружные, а если нужно, то и внутренние половые органы для уточнения половой зрелости. Исследование у девственниц производят через прямую кишку.

Осмотром наружных половых органов устанавливают правильность развития и сформированность их соответственно возрасту, типу оволосения и его распределению, окраску слизистой оболочки. Описывается состояние больших и малых половых губ, прикрывают ли они вход во влагалище. Если имеются выделения, то отмечают характер их и берут мазок для исследования. При описании девственной плевы устанавливают ее расположение (расположена она глубоко или поверхностно), далее высоту (ширину) ее краев, толщину, так как она может быть утолщенной — мясистой вследствие наличия в ней большего или меньшего количества мышечной ткани. Иногда же девственная плева бывает настолько тонка, что просвечивает. Это большей частью свойственно детской плеве. Такая девственная плева действительно напоминает перепонку. Затем тщательно осматривают свободный край, окружающий отверстие девственной плевы. Свободный край может быть тонким, неповрежденным, заостренным или толстоватым, закрученным. Важно установить, весь ли свободный край девственной плевы имеет такую особенность или утолщение и закручение края относится только к ректальному ее отделу, что встречается и относится к изменениям края у живущих половой жизнью и имевших неоднократные половые сношения. Это может иметь место даже при неповрежденной девственной плеве при условии ее значительной растяжимости. Поэтому должна определяться и степень растяжимости плевы. При большом диаметре отверстия должно быть точно измерено.

При осмотре свободного края следует учесть и другие его особенности: неровности, раздвоение, наличие утолщений в форме сосочков. Сосочки образуются большей частью при наличии так называемых влагалищных столбов. Влагалищные столбы представляют собой выраженные в разной степени мышечные тяжи среднего влагалищного слоя, которые располагаются по оси влагалища или в косом направлении, причем своим концом включают между двумя слизистыми оболочками девственной плевы, образуя на ней утолщение, напоминающее мясистый сосочек. По обе стороны такого сосочка край девственной плевы утопчен и, следовательно, в этих местах разрывается скорее. Кроме того, при избытке вещества девственной плевы неровности края могут носить волнистый или складчатый характер. Вследствие того, что девственная плева представляет комплекс тканей и содержит эластические волокна, она обладает известным тургором и часто при исследовании и прикосновении сокращается, особенно в тех случаях, когда она высокая и мясистая. Кроме неровностей, на краю в ряде случаев имеются естественные выемки, которые нарушают его непрерывность и тургор плевы.

По степени тургора практически различают следующие формы девственной плевы: 1) вялую плеву, лишенную естественной напряженности, что обычно определяется при ее растяжении; 2) мясистую плеву, тургор которой хорошо выражен; в такой плеве имеется значительное количество не только соединительных, но и мышечных включений; 3) эластическую, хорошо растяжимую плеву.

У 14—15-летних подростков при кольцевидной форме девственная плева имеет высоту края 2—3 мм и ширину отверстия 0,5—1 см. При

достижении половой зрелости ширина отверстия 2—2,5 см. Оно пропускает палец, который ясно определяет кольцо сокращения.

Далее определяется количество отверстий. Измеряется и описывается форма отверстия, его диаметр и производятся другие измерения

краев. Для этого пользуются стеклянной палочкой, а при необходимости получить более точные данные — гименометром (рис. 32 и 33). Такие измерения весьма необходимы, так как они требуются, например, при решении вопроса о возможности при данном отверстии и состоянии девственной плевы сношения без нарушения целостности последней. При этом возникает вопрос о кольце сокращения. Этот симптом сохранения целостности плевы выражается в следующем. Кольцо сокращения представляет собой то состояние, которое испытывает палец или два тонких пальца, введенных в отверстие девственной плевы. Один или два пальца (в зависимости от величины плевы) вводят в отверстие на глубину ногтевой фаланги: при целостности девственной плевы ощущается охват, выраженный настолько, что при глубоком введении пальца может наступить разрыв вследствие перерастяжения девственной плевы. Введение пальца необходимо производить крайне осторожно. Рекомендуется предварительно смазать его вазелиновым маслом. Влагалищное введение зеркала в таких случаях противопоказано, ибо может произойти разрыв, и тогда эксперт подвергнется судебно-медицинской ответственности.

При судебно-медицинском исследовании девственной плевы, помимо применения указанной методики, необходимо проявлять огромную осторожность и предусмотрительность (особенно если исследование приходится проводить не судебно-медицинскому эксперту) во избежание ранения девственной плевы при осмотре.

Приводим такой случай.

16/XII 1935 г. была направлена Ш., 13 лет, для установления повреждения девственной плевы при врачебном осмотре. Мать девочки рассказала следующее. «15 декабря моя дочь обратилась к детскому врачу больницы. Так как девочка жаловалась на бели, врач направил ее к гинекологу, чтобы взять мазок выделения для исследования. Врач-гинеколог положила девочку на гинекологическое кресло и, несмотря на слезы и крик ребенка, ввела гинекологическое зеркало. При введении показалась кровь, и девочка ощутила сильную боль. Я заявила об этом заведующему амбулаторией. Была создана комиссия из четырех врачей, которые, осмотрев девочку, направили ее на судебно-медицинскую экспертизу. Девочка страдает глистной болезнью».

При судебно-медицинской экспертизе установлено следующее. В настоящее время обследуемая жалоб не предъявляет. Менструации установились с 12 лет, нерегулярные, по 5 дней, обильные, болезненные.

Вторичные половые признаки. Волосы в подмышечных впадинах и на лобке развиты достаточно. Молочные железы конусообразной формы, размером 10×11 см, соски маленькие, околососковые кружки желтовато-розового цвета. Наружные половые органы развиты соответственно возрасту, сформированы правильно. В ладьевидной ямке три красных пятнышка в форме кровопятышек, размером 0,2×0,3 см. Слизистая оболочка входа во влагалище розового цвета, выделений нет. Девственная плева кольцевидной формы. На цифре 3 циферблата часов имеется естественная выемка. Края ее одинакового цвета и толщины со всей плевой. На цифре 8 циферблата часов имеется свежий кровотокающий надрыв плевы, доходящий до ее середины. Края разрыва утолщены, темного цвета. На цифре 6 циферблата часов

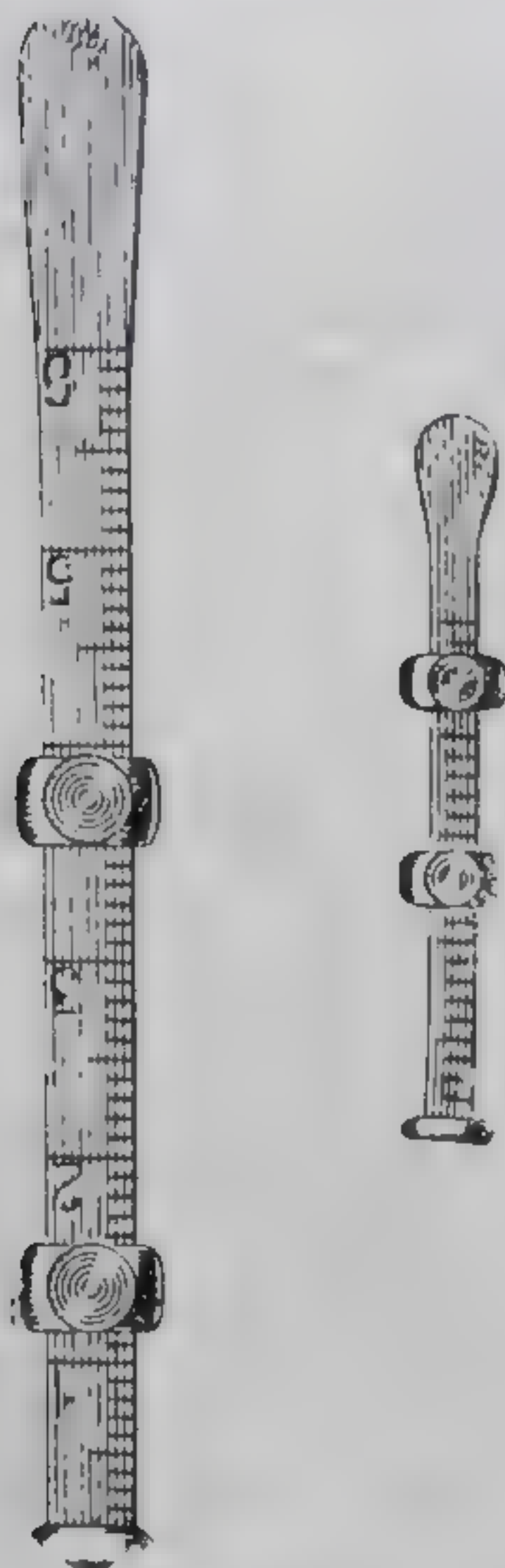


Рис. 32. Гименометр в виде линейки с муфточками для измерения отверстий девственной плевы и высоты краев ее.

имеется второй свежий кровоточающий надрыв плевы глубиной 2 мм. не доходящий до ее основания. Края его утолщены, темного цвета. Отверстие плевы пропускает палец: кольцо сокращения выражено слабо.

Заключение Московской городской судебно-медицинской экспертизы: 1) целостность девственной плевы нарушена, давность нарушения 1—2 дня, т. е. соответствует сроку, указанному матерью свидетельствуемой; 2) обнаруженные повреждения девственной плевы могли быть произведены каким-либо твердым предметом, например пальцем, а также при введении во влагалище гинекологического зеркала.

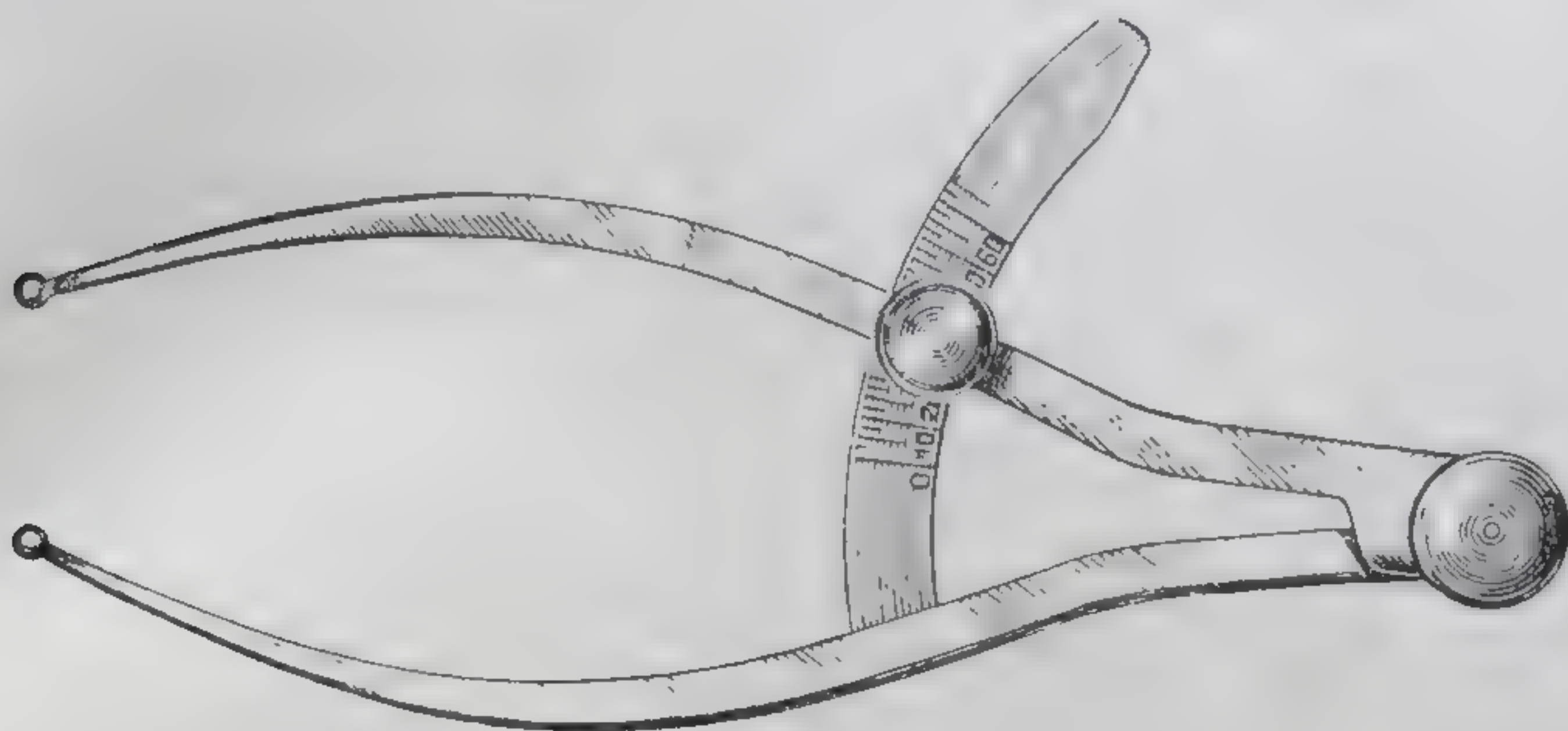


Рис. 33. Циркулеобразный гименометр для измерения отверстия плевы, а также высоты края ее, глубины выемок.

Для удобства и точности осмотра девственной плевы петербургский судебный акушер В. О. Мержеевский в 1878 г. предложил особый инструмент.

Прибор представляет собой резиновый шарик 3 см в диаметре, к которому присоединена длинная трубка. Трубка закрывается зажимом или краном. Методика пользования прибором Мержеевского состоит в следующем. Пустой, т. е. находящийся в сморщенном состоянии, шарик вводят во влагалище за пределы гимена. После этого наполняют через трубочку воздухом, вследствие чего он расправляется, и тогда на его выпуклой поверхности расправляется девственная плева. При этом все ее складки и выемки расправляются. На такой растянутой девственной плеве ясно выявляются ее толщина, форма выемки и прочие особенности.

Несмотря на хорошую идею, предложенный около 80 лет назад прибор Мержеевского обладает некоторыми недостатками. Во-первых, им нельзя пользоваться при освидетельствовании детей и подростков, во-вторых, не во всех случаях его можно вводить и взрослым, так как при беспокойном поведении обследуемой, что нередко наблюдается, может произойти надрыв и повреждение девственной плевы.

Занимаясь в течение 30 лет акушерско-гинекологической судебно-медицинской экспертизой и постоянно сталкиваясь с необходимостью точного определения гимена и его измерения, мы предложили следующие два инструмента, которыми мы со своими сотрудниками пользуемся для этой цели.

Один из этих инструментов, так называемый гименометр (вариант № 1), представляет собой измерительную линейку с миллиметровыми делениями, предназначенную для измерения отверстия девственной плевы, высоты ее краев, разрывов и естественных выемок. Инструмент

снабжен круглым упором, который ставится у основания девственной плевы: на другом конце линейки имеется ручка. На линейке расположены две подвижные муфты, снабженные закрепляющими их винтиками. Гименометр этой модели бывает двух размеров: длиной 3,5 см для детей и длиной 7 см для взрослых (см. рис. 32).

Второй инструмент (вариант № 2) представляет собой тип циркуля или тазометра, одну ножку которого ставят у края отверстия плевы с одной стороны, а другую — с другой стороны. Правильно расположив

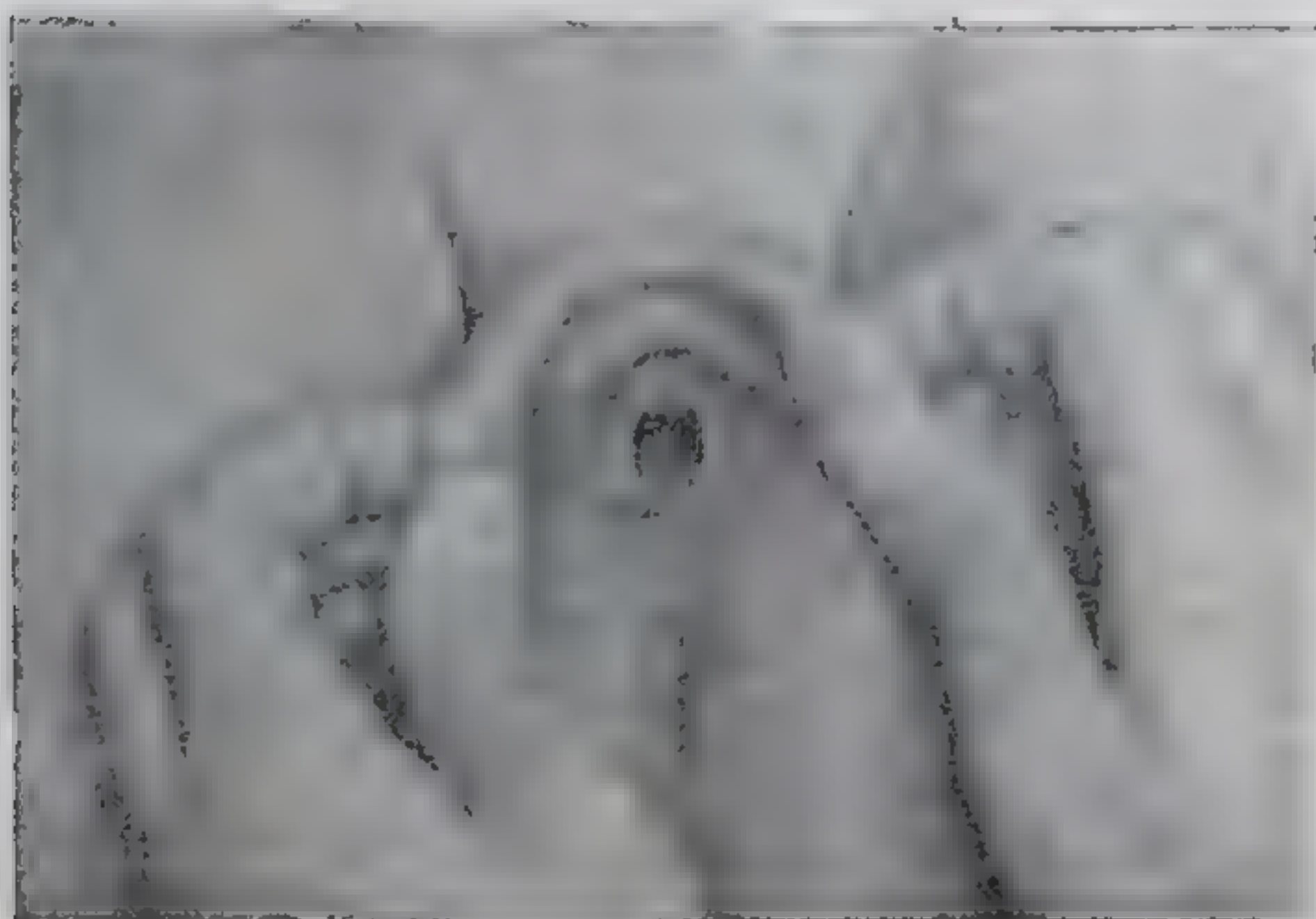


Рис. 34. Методика судебномедицинского исследования девственной плевы.

ножки циркуля по дуге, на которую нанесены миллиметровые деления, можно определить размер отверстия плевы или глубину разрыва, выемки (см. рис. 33).

Пользуясь гименометром, помощник раскрывает вход во влагалище, а судебномедицинский эксперт производит измерение, или наоборот.

При судебномедицинском исследовании девственной плевы пользуются следующим приемом (рис. 34).

У основания больших губ указательным и большим пальцем (в форме щипка) натягивают кожу с подкожной клетчаткой спереди и снизу, т. е. по оси влагалища. При таком приеме очень ясно видна вся девственная плева в растянутом состоянии, а именно ее прикрепление ко входу влагалища, т. е. наружный край, прикрепленный к стенкам влагалища, и свободный край вокруг отверстия. Ясно видно отверстие девственной плевы и особенно свободного края, являющегося границей отверстия: выемки, разрывы, сосочки, если они имеются, столбы влагалища, т. е. мышечные тяжи среднего слоя влагалищной стенки, вступающие в ткань плевы. При таком приеме, введенном в Московской городской и в Московской областной судебномедицинских экспертизах, ясно видны морфология плевы, толщина, цвет, глубина выемок, рубцы и другие повреждения. Предложенная методика не только помогает точно определить величину отверстия и степень его растяжимости, но совершенно исключает возможность ранения девственной плевы у детей, которых исследовать значительно труднее.

При обычном гинекологическом исследовании ни форму плевы, ни ее особенности, ни тем более ее повреждения нельзя так легко и подробно опознать.

УСТАНОВЛЕНИЕ НАРУШЕНИЯ ДЕВСТВЕННОЙ ПЛЕВЫ И БЫВШЕГО СОВОКУПЛЕНИЯ

При решении вопроса, имело ли в данном случае место половое сношение, главное внимание судебномедицинский эксперт сосредоточивает на состоянии девственной плевы, так как целостность последней является основным и надежным признаком половой неприкосновенности.

Половой акт состоит во введении мужского полового члена во влагалище, причем глубина введения не имеет существенного значения. Приставление (прикладывание) полового члена ко входу во влагалище рассматривается как покушение на половой акт и, если это имело место у малолетних, относится к развратным действиям. У взрослых прикладывание полового члена, если при этом произошла эякуляция и наступила беременность, рассматривается в зависимости от ряда обстоятельств и других признаков (например, наличия повреждений на теле, обнаружения спермы во влагалище) как половой акт.

В огромном большинстве случаев при тщательном осмотре и опытности эксперта определение повреждений девственной плевы не представляет затруднений, так как после полового сношения на плеве можно обнаружить один или несколько надрывов или разрывов, кровоизлияний и пр. Однако в некоторых случаях, например при необычных формах плевы (лепесткообразное строение ее края или спиральная плева) могут возникнуть затруднения в определении ее целостности. В таких случаях подозрительные участки следует рассматривать с лупой. Кроме того, не мешает через 3—4 дня провести контрольную экспертизу. При осмотре во время менструации может сложиться ложная картина разрыва или кровоизлияния. Поэтому после такого осмотра необходимо обязать исследуемую явиться на контрольный осмотр после окончания менструации. В тех случаях, когда в период менструации девушка предъявляет запачканное кровью белье как доказательство бывшего кровотечения при сожительстве, необходимо подтвердить его исследованием с выявлением группы крови.

Все предметы, испачканные кровью или жидкостью, похожей по цвету на кровь, необходимо тщательно исследовать в лаборатории. Нередко в доказательство бывшего кровотечения белье нарочно пачкают менструальной кровью или кровью из десен (Мержеевский). Наблюдались и описаны случаи смазывания половых органов и белья вареньем, губной помадой и кровью животных и птиц. При химическом и микроскопическом исследовании такую фальсификацию легко обнаружить. Особенности менструальной крови заключаются в следующем: уменьшенное количество красных кровяных телец, большое количество лейкоцитов, наличие бактерий, слизи, клеток влагалищного эпителия. Понятно, что в различных красителях никаких элементов крови нет и быть не может.

Описан случай, когда один повеселитель усомнился в девственности своей молодой жены, а вместе с тем и в происхождении кровяных пятен на простыне. Лабораторным исследованием было установлено, что простыня была запачкана куриной кровью.

Прежде чем приступать к осмотру половых органов и девственной плевы, нужно провести подробный опрос об обстоятельствах происшествия. Важно получить ответ на следующую триаду, которая, за исключением редких случаев, бывает всегда выражена при нарушении целостности девственной плевы: 1) было ли больно; 2) была ли кровь; 3) было ли мокро.

Эти три признака в целом еще до осмотра являются предпосылкой к заключению о совершении полового акта с нарушением целостности девственной плевы. Первые два момента (боль и кровь) могут быть результатом действия какого-нибудь твердого предмета, например пальца, конька (во время катанья на коньках), падения на заостренный кол забора, падения с велосипеда и т. д.

Три подобных случая расследовались в Московской городской судебно-медицинской экспертизе.

Механизм дефлорации

Разрыв девственной плевы зависит от степени механического насильственного действия. Результаты этого повреждения могут носить самый разнообразный характер: надрывы плевы, разрывы до основания, рваные раны, даже отрыв части плевы, преимущественно ректального

ее отдела. Эти ранения, как правило, происходят вследствие давления и растяжения при введении головки полового члена в отверстие плевы. Края девственной плевы при этом вдавливаются внутрь и вследствие перерастяжения разрываются. Разрывы при половом сношении могут возникнуть на разных местах, но чаще всего они появляются на цифре 6 или по бокам. Для точного обозначения места разрывов принято условно изображать их по циферблату часов (рис. 35, 36). Обычно разрывы располагаются перпендикулярно к основанию плевы, а иногда в косом направлении. Следует различать полные разрывы — до основания плевы — и неполные, т. е. надрывы. При разрывах девственной плевы на цифре 6 циферблата часов иногда, кроме плевы, разрывается задняя стенка влагалища, преимущественно слизистая, но у детей и старух такие разрывы нередко переходят в полный разрыв промежности (рис. 37, 38).

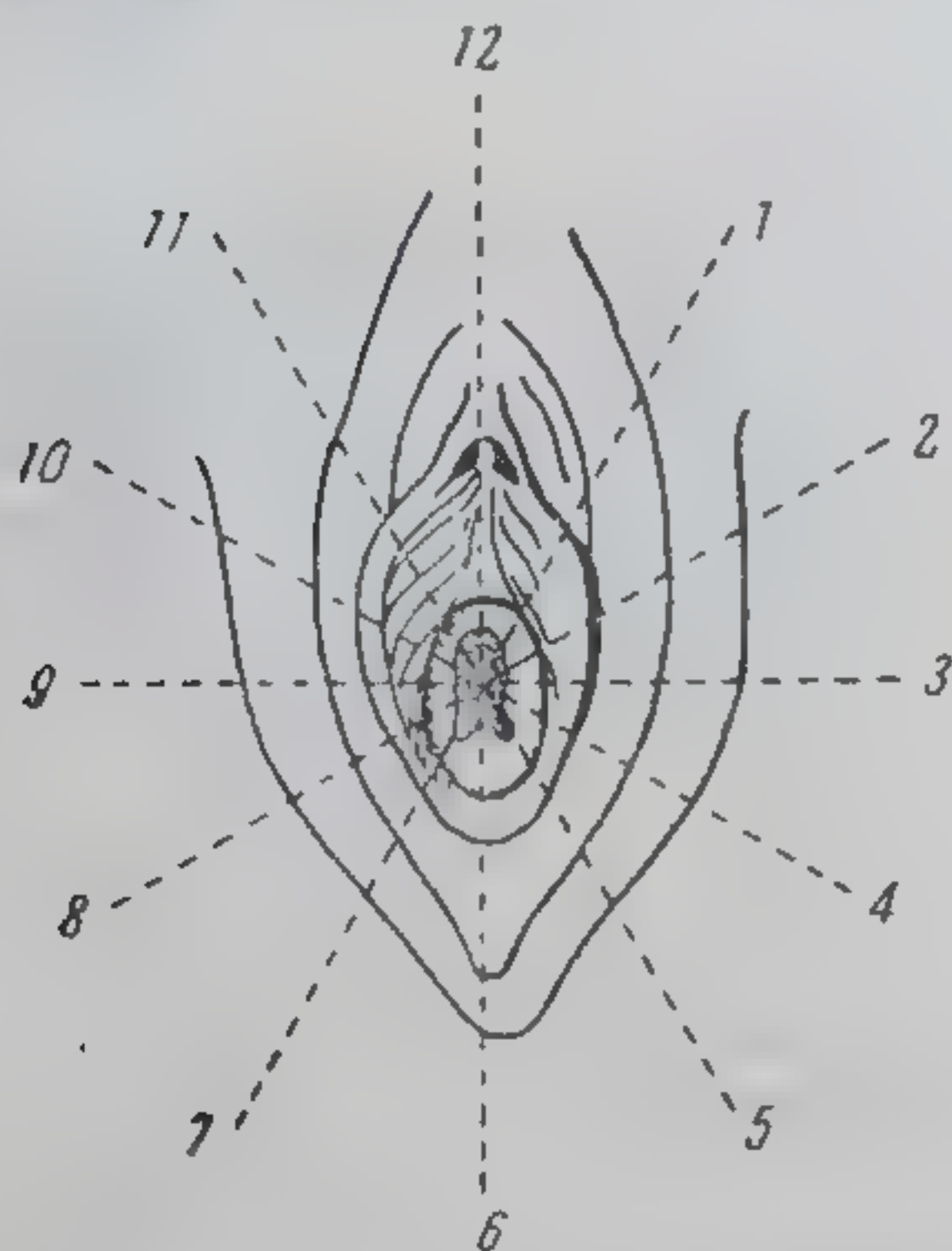


Рис. 35. Условное обозначение мест повреждений девственной плевы (по аналогии с циферблатом часов).

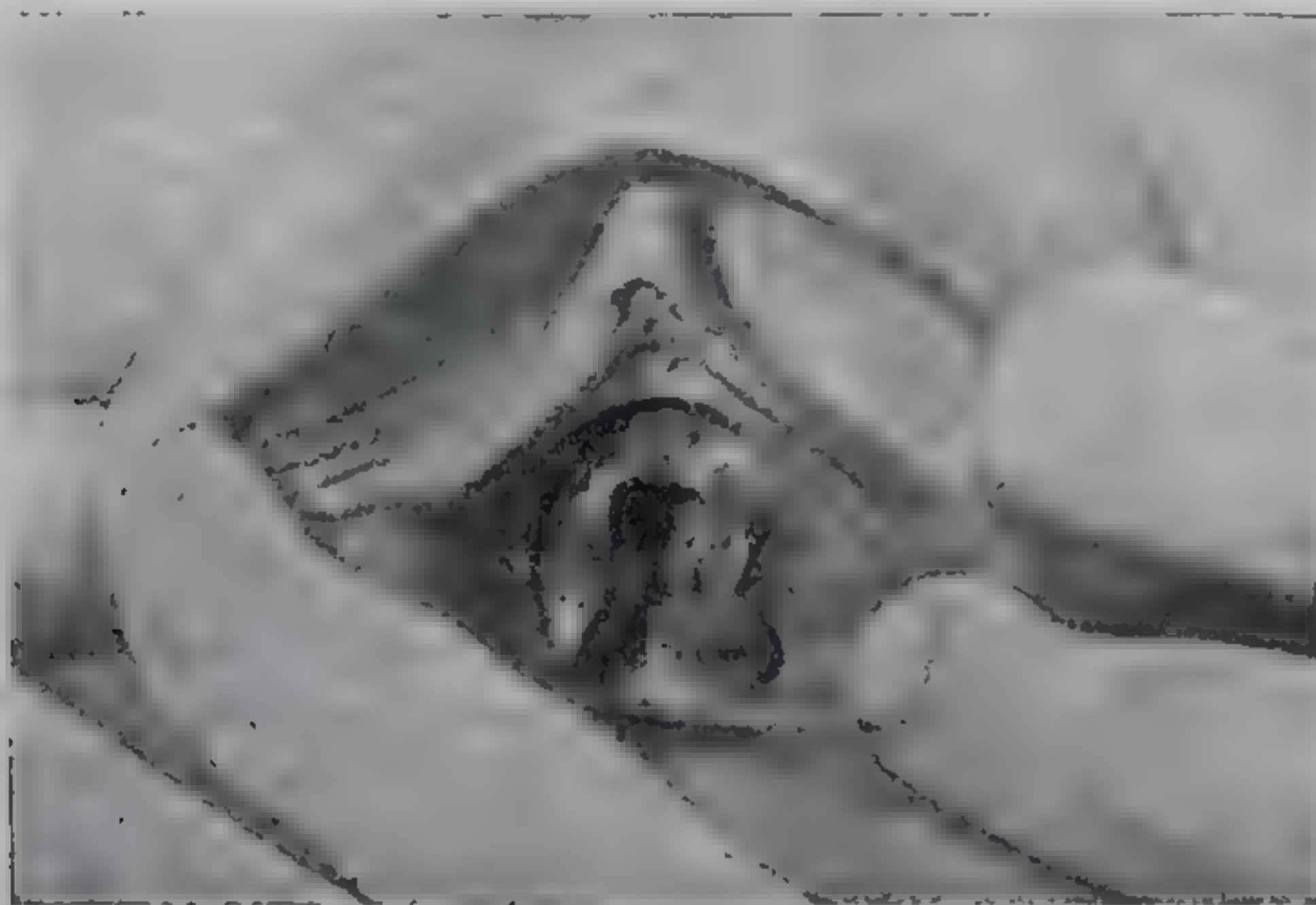


Рис. 36. Состояние девственной плевы через 36 часов после насильственного полового акта: девственная плева потеряла свою форму. На цифре 7 циферблата часов имеется свежий разрыв до основания плевы. Края разрыва отечны, ушиблены, утолщены.

В зависимости от формы и типа плевы разрывы могут иметь свои особенности (рис. 39).

Судебно-медицинским экспертом О. М. Дмитриевой по нашему предложению был разработан материал, собранный в типологическом отде-



Рис. 37. Обследуемая 72 лет. В результате насильственного полового акта свежий разрыв влагалища и промежности второй степени. В заднем своде рваная кровоточащая зияющая рана длиной 4 см, шириной 2 см, глубиной 0,5 см.



Рис. 38. Разрыв девственной плевы и промежности у малолетней. Половая щель зияет и представляет собой рану шириной 2,5 см и длиной 3 см. Девственная плева потеряла свою форму. Сохранились два лоскута. Края лоскутов отечны, кровоточат; имеется также разрыв промежности второй степени и разрыв задней стенки влагалища. Срок нарушения 1—2 дня.

лении городской судебно-медицинской экспертизы по различным разделам, причем автор использовал 3713 актов, из которых по определению состояния девственной плевы и половой неприкосновенности 1084, а по поводу оскорбления 482.

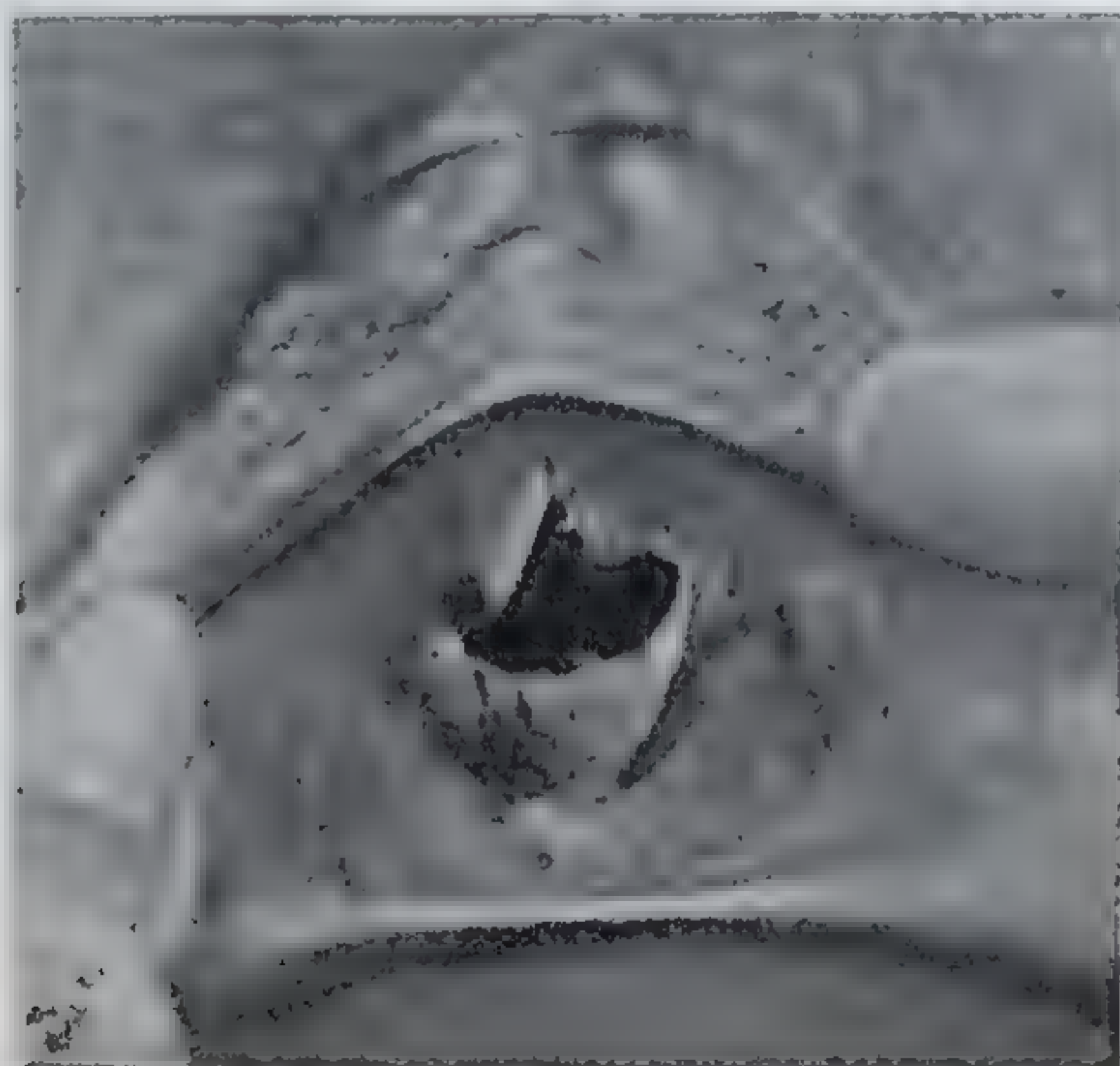


Рис. 39. Множественные разрывы девственной плевы при насильственном половом акте. Полулунная девственная плева потеряла свою форму. На цифрах часов 3, 6, 7 и 10 имеются свежие разрывы плевы до основания. Края разрывов темно-красного цвета, кровоточат. Край девственной плевы высокий, вследствие разрывов отвалился кнаружи. Отверстие плевы неправильного очертания.

Среди 1084 свидетельствовавшихся по поводу определения нарушения целостности девственной плевы последняя была нарушена у 34%. У свидетельствовавшихся по поводу оскорбления девственная плева оказалась нарушенной у 14%.

Приводим таблицы, составленные С. М. Дмитриевой по материалам Московской судебно-медицинской экспертизы (табл. 3 и 4).

Таблица 3

ФОРМА ДЕВСТВЕННОЙ ПЛЕВЫ

	Общее количество	Форма девственной плевы				
		кольцевидная	полулунная	килевидная	перегородчатая	заращенная
Количество разобранных актов	614	417 (77%)	105 (17%)	23 (4%)	13 (2%)	2
Из них:						
плева нарушена	264	201 (86%)	63 (14%)	—	—	—
в том числе:						
с одним разрывом	132	101 (50%)	31 (50%)	—	—	—
с двумя разрывами	78	78 (39%)	—	—	—	—
с тремя разрывами	19	19 (9,5%)	—	—	—	—
с четырьмя разрывами	3	3 (1,5%)	—	—	—	—

Таблица 4

МЕСТО РАЗРЫВОВ ДЕВСТВЕННОЙ ПЛЕВЫ

Количество разрывов	Цифры циферблата часов													
	4	5	6	7	8	9	3-6	3-9	5-7	6-8	3-6-9	2-5-7	3-5-8-11	3-5-7-9
Один	2	20	40	22	7	2	—	—	—	—	—	—	—	—
Два	—	—	—	—	—	—	14	9	45	10	—	—	—	—
Три	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	14	5	—	—
Четыре	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2

Из табл. 3 видно, что чаще всего встречается девственная плева кольцевидной формы (77%), затем полукруглой (17%). Килевидная и перегородчатая плева отмечалась в 2%, а заращенная только в 2 случаях, т. е. всего в 0,32% случаев.

Детали и особенности механизма разрывов девственной плевы

1. Девственная плева у лишенных девственности, но не рожавших бывает сохранена относительно своего вещества, имея только разрывы и надрывы в разном числе.

2. Разрывы встречаются на всем протяжении девственной плевы, представляя простое нарушение непрерывности свободного края. У основания прикрепления девственной плевы ко входу во влагалище связь образовавшихся при дефлорации лоскутов сохраняется в отличие от истинного лоскутного гимена.

3. В дальнейшем в зависимости от анатомических особенностей девственной плевы (высоты и толщины) на месте разрыва образуется рубец, которым следует руководствоваться для отличия от природных, так называемых естественных выемок, при которых никаких рубцов не бывает. Кроме того, естественные выемки часто располагаются симметрично, что имеет существен-

но важное диагностическое значение. Цвет, толщина и консистенция (мягкость) естественных выемок совершенно одинаковы со всеми тканями плевы. Края разрывов темнее остальной ткани плевы. Иногда они более красные, чем и отличаются от соседних участков. В свежих случаях (через 1—4 дня и более) края могут кровоточить или выше разрывов могут быть участки кровоизлияний в толщу плевы (рис. 40). Иногда края разрывов покрыты налетами из фибрина, а в дальнейшем на них образуются грануляции, более или менее выраженные в зависимости от времени, прошедшего с момента нарушения целостности девственной плевы и ее анатомических особенностей. На девственной плеве, подвергшейся разрушению, наблюдается стягивание и утолщение лоску-

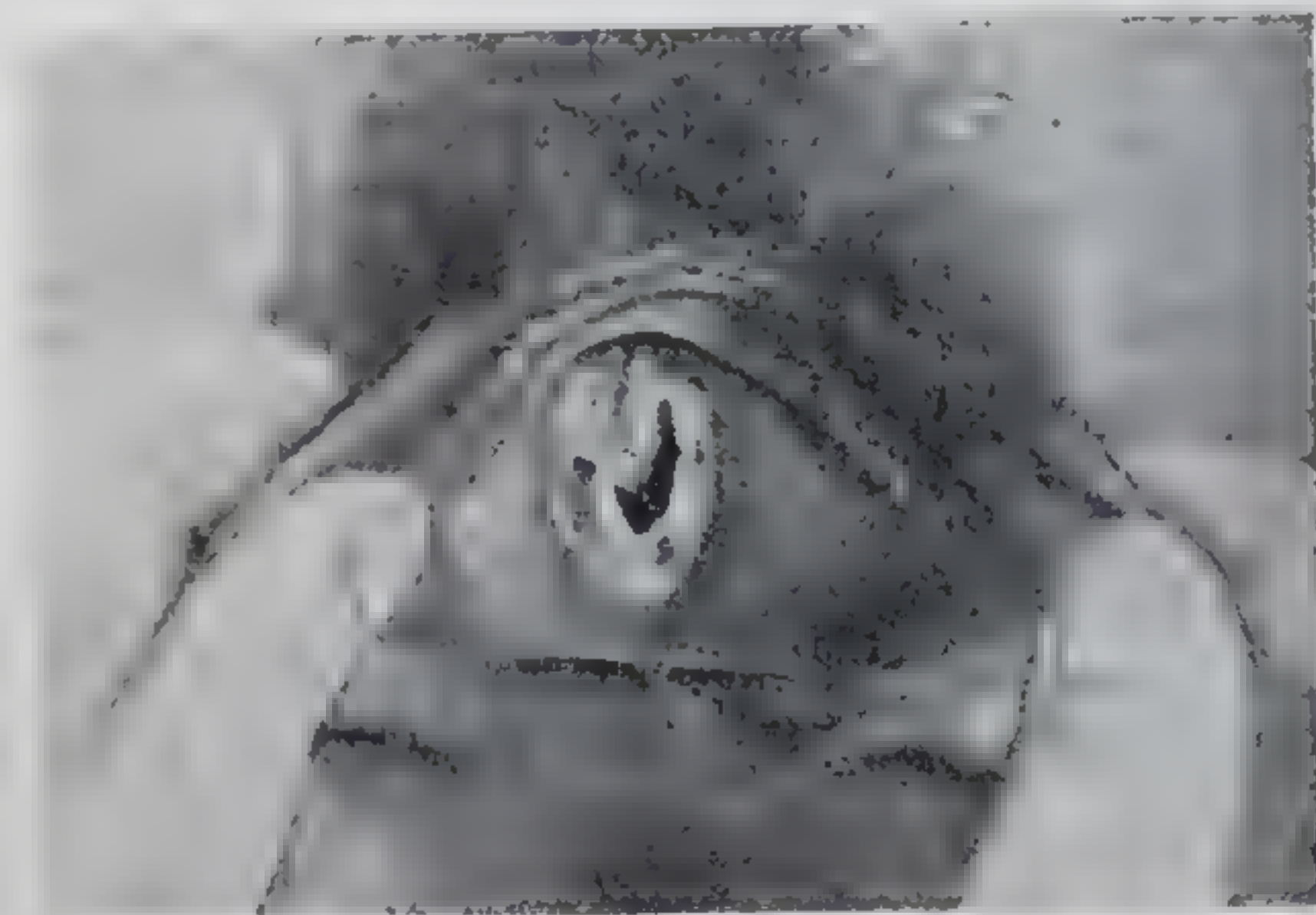


Рис. 40. Три дня назад попытка изнасилования. Девственная плева кольцевидной формы с овальным отверстием. На цифрах 5 и 9 циферблата часов имеются кровоизлияния диаметром 0,1—0,2 см. Целость девственной плевы не нарушена.

тов, закрутление краев, припухлость, ушибленность, причем чем меньше прошло времени, тем эта разница яснее. Процесс заживления иногда затягивается до 10—14—20 дней, после чего все же можно различать остатки грануляций на закругляющихся и разошедшихся лоскутах разрыва или у его основания. Заживление может затянуться в связи с инфицированием.

На большом материале Московской городской судебно-медицинской экспертизы нами установлено, что в ряде случаев давность разрыва может быть выявлена на протяжении 12—18 дней и больше в зависимости главным образом от толщины (т. е. мясистой) плевы, что осуществляется рекомендованными нами приемами. В некоторых случаях при значительных разрывах девственной плевы с переходом на стенку влагалища срок заживления может удлиниться до 21 дня, когда еще можно констатировать присутствие грануляций. При растяжении девственной плевы указанным нами приемом (пальцем в форме прикосновения к свободному краю, к естественным выемкам) возникает лишь ощущение мягкости и легкого сопротивления ткани. Никаких уплотнений или отделений крови не бывает¹.

Совершенно другая картина создается при разрыве мясистой плевы: при подробном исследовании разрыва и дна его в ответ на прикосновение пальца наступает ясно выраженная сангвиная в форме небольших кровянистых выделений, а иногда ощущается болезненность.

Если свидетельствуемую обязать повторно явиться через 10—12 дней или позже, то на месте сангвинирующих грануляций можно обнаружить белесоватый рубец.

В особых случаях, когда при повреждении девственной плевы свободный край ее остается целым, она может частично оторваться от влагалищной стенки в самом преддверии. Грануляции в такой ране, имеющей более или менее значительную глубину, сохраняются еще более продолжительное время (рис. 44 и 50).

Описанный выше метод, применяемый нами и многими другими судебно-медицинскими экспертами, оправдал себя на практике и позволил в ряде случаев разобраться в сложных ситуациях как при первичной экспертизе, так и при переквалификациях и установить сроки повреждения девственной плевы свыше 14 дней.

Важным дифференциальным признаком является нарушение девственной плевы в части, расположенной наиболее близко к промежности, т. е. сзади по направлению к ладьевидной ямке. При ранении на данном участке диагноз более прост, так как здесь естественных выемок почти никогда не бывает и этот отдел наиболее характерен для механических повреждений не только половым членом, но и пальцами рук. Для естественных выемок наиболее характерны места, соответствующие цифрам 4—8 и 5—9 циферблата часов. Нарушение гимена при онанизме может произойти у взрослых, у детей же встречается как исключение. Нарушение гимена при лесбийской любви пальцем наблюдается в редких случаях.

Лесбийская любовь, или трибадия, представляет собой половое влечение женщины к женщине. При этом производятся различные манипуляции в области половых органов, во время которых могут происходить повреждения, в частности нарушения целостности девственной плевы пальцами.

При наличии низкой, растяжимой девственной плевы может наблюдаться полное сохранение гимена после половых сношений. В подобных

¹ Акушерство и гинекология, 1953, № 6.

случаях морфологических признаков для отличия такого гимена от «девственного» не существует и только получение спермы подтверждает факт имевшего недавно место полового сношения.

Девственная плева остается целой: 1) при несостоявшемся половом акте или при попытке к нему; 2) при половой несостоятельности мужчины, что является предметом экспертизы при расторжении брака; 3) когда насилующим является подросток, а также в случае упорного и стойкого сопротивления; 4) при несоответствии между толщиной полового члена и гименальным отверстием (подростки); 5) при чрезмерной растяжимости (эластичности) девственной плевы; 6) при хрящевой плотности девственной плевы (так называемой *hymen tendineus*); 7) при *hymen coesus*, т. е. в случае заращенной девственной плевы.

Заканчивая раздел о дефлорации и установлении половой неприкосновенности, подведем итог отдельных фаз исследования.

Дифференциальные особенности разрывов девственной плевы при дефлорации

Несмотря на различную плотность и форму (кроме истрободаемой) девственной плевы при первом половом сношении на ней обычно возникает один или несколько разрывов.

Образовавшийся разрыв, кроме осаднений и незначительных надрывов края в горизонтальном направлении, никогда не срастается первичным натяжением; заживление происходит путем образования грануляций.

В характере заживления и образования рубцов, а также в выраженности грануляций и в сроке процесса заживления решающую роль играют следующие факторы: величина, множественность разрывов, инфицирование, форма и характер инфекции, степень ушиба и разможнение ран девственной плевы. В среднем заживление длится 5—7 дней, но в некоторых случаях затягивается от 14 до 21 дня в зависимости от анатомических особенностей девственной плевы (тонкая, низкая, толстая, мясистая, с большим включением мышечной ткани, с переходом разрыва на влагалищную стенку). Кольцо сокращения при полном разрыве девственной плевы не сохраняется. При тактильных ощущениях надо различать кольцо сокращения, исходящее от девственной плевы, и кольцо сокращения, исходящее от сокращения мышц входа во влагалище, которое может быть выражено даже при давно разорванной девственной плеве у женщины, долго не живущих половой жизнью, или при нервном заболевании — вагинизме.

Кольцо сокращения при целой девственной плеве может быть слабо выражено или совсем отсутствовать в случаях большой растяжимости, эластичности девственной плевы, далее при низкой и дряблой девственной плеве (слабом ее тонусе), при девственной плеве с большим количеством естественных выемок, а также при лоскутной и спиральной ее форме.

Дифференциация рубцов и естественных выемок

Для естественных выемок в отличие от травматических углублений характерна симметричность расположения. Важно оценить отношение мышечных включений или так называемых влагалищных столбов к общему анатомическому строению девственной плевы и особенно к свободному краю ее, к краям выемок, углублений, отверстий. При естественных выемках столбы часто совпадают с выемками и утолщениями девственной плевы. Края естественных выемок, углублений имеют толщину, цвет и кон-

листенцию, одинаковые со всей остальной девственной плевой. На неповрежденной девственной плеве отсутствуют участки уплотнений и белесоватости, столь характерные для рубцовой ткани. Однако «симметричность выемок» нельзя считать безусловным признаком, так как иногда надрыгвы и разрывы также располагаются симметрично. Все же симметричность выемок остается спорным признаком.

Обнаружение спермы во влагалище и на одежде

Важно обнаружение следов спермы на теле и одежде как потерпевшей, так и обвиняемого. У подвергшихся дефлорации или изнасилованию семенная жидкость во влагалище может быть обнаружена при условии, если осмотр производится вскоре после происшествия. Время нахождения спермы во влагалище колеблется в пределах от нескольких часов до 2—3, а иногда и до 6 дней, как это наблюдалось в одном случае, разбившемся в Московской областной судебно-медицинской экспертизе. В этом случае длительному сохранению спермы благоприятствовала высокая ненарушенная девственная плева и то, что после неполного полового акта свидетельствуемая не подмывалась. Длительности пребывания спермы во влагалище благоприятствует отсутствие кровотечения или менструации. Обнаружение спермы у женщины, живущих половой жизнью, во влагалище или на одежде имеет относительное судебно-медицинское значение.

Открытие в сперме групповых свойств агглютиногенов А, В дает возможность выявить принадлежность семенной жидкости к определенной серологической группе. Поэтому обнаружение спермы на любых вещественных доказательствах приобретает большое значение для судебного расследования.

Изъятие, сохранение, упаковка, пересылка вещественных доказательств со следами спермы, а также распаковка, осмотр и описание в судебно-медицинской лаборатории производятся по установленным для всех вещественных доказательств правилам. То же следует сказать и в отношении документов.

Пятна спермы обладают характерными особенностями: они имеют извилистое очертание и так называемую ландкартообразную форму, сероватый или желтоватый цвет, более резко выраженный по краю пятен. На участках расположения пятен материя жестковата на ощупь.

Наличие спермы на вещественных доказательствах обнаруживается путем исследования при помощи ультрафиолетовых лучей (кварцевой лампы или кварцевого осветителя). На участках, где имеется сперма, получается беловато-голубоватая флюоресценция. При этом необходимо иметь в виду, что некоторые белковые вещества при ультрафиолетовом освещении также способны флюоресцировать, в связи с чем этот метод, помогая экспертизе, в неясных случаях требует добавочной проверки подозрительных участков микроскопическими и микрохимическими способами в специальных лабораториях. Во всяком случае этим методом следует широко пользоваться, так как при помощи его легко и просто найти, например на одежде, те участки, которые заслуживают более подробной экспертизы. Сперма обнаруживается также микрокристаллическими реакциями, а именно пробой Флоранса, при которой находят кристаллы йодохолина, или пробой Барберии, при которой находят кристаллы соединения сперминфосфатов с пикриновой кислотой. Существует ряд других микрокристаллических реакций по определению спермы, однако многими исследователями установлено, что и некоторые органы и жидкости человеческого тела как в свежем виде, так и при загнивании могут давать положительный эффект при подобных пробах, например при пробе Флоранса.

Бесспорным доказательством присутствия спермы во влагалище или на объектах исследования является обнаружение сперматозоидов. Последние состоят из трех частей — головки, шейки и хвоста. Головка человеческих сперматозоидов имеет овальную форму и несколько сдавлена в верхней части. При рассматривании в профиль она имеет грушевидную форму. На участке головки, прилежащем к шейке, находится ядро, которое окрашивается значительно ярче, чем протоплазма семенной клетки. Хвост сперматозоида состоит из осевой нити, которая в свою очередь состоит из отдельных фибрилл. Осевая часть окружена спиральной нитью. Величина человеческого сперматозоида 0,049 мм. Сперматозоиды домашних животных крупнее и имеют форму квадратной пластинки.

Для судебно-медицинской экспертизы имеет значение обнаружение целых сперматозоидов, а не их частей. Нахождение головок или хвостиков даже при наличии положительных микрокристаллических реакций не считается доказательством присутствия спермы. Для исследования на присутствие спермы в уретре, влагалище и прямой кишке, когда это приходится делать в порядке акушерско-гинекологической экспертизы, выделяемое из уретры, так же как и из влагалища малолетних детей, следует брать тонкой платиновой петлей. У взрослых мазки можно снимать при помощи ватного тампона. В то время как обнаружение спермы в свежем виде не представляет большого труда, установление ее присутствия на всасывающих предметах весьма затруднительно. При этом наилучшим методом обнаружения ее считается способ элективной окраски сперматозоидов в тканях. Однако это требует специальной обработки объекта и может быть наиболее точно выполнено в судебно-медицинских биологических отделениях лабораторий.

При определении половой неприкосновенности, кроме установления целости девственной плевы, обнаружения спермы или наличия венерического заражения, В. Г. Бернард предлагает пользоваться так называемой пробой цервикального секрета.

Для установления фактической ценности этой пробы В. Г. Бернард пользовался ею при обследовании в 431 случае по поводу изнасилования, развратных действий, дефлорации. Возраст обследуемых от 14—15 до 30—35 лет. Все они были разделены на четыре группы: недефлорированные, дефлорированные, мастурбировавшие, немастурбировавшие девственницы.

Положительная проба цервикального секрета состоит в том, что при гинекологическом исследовании девушек (В. Г. Бернард), испытавших половые ощущения или прибегавших к мастурбации, из шеечного канала появляются в значительном количестве выделения молочного цвета с сероватым оттенком, густоватые по консистенции. У женщин 30—35-летнего возраста, живущих половой жизнью, выделения цервикального секрета сероватого цвета и имеют водянистый характер.

Наблюдения показали, что выделение слизистого секрета значительно чаще наблюдается у девушек мастурбировавших (65%) и дефлорированных (54%) и значительно реже у женщин, живущих регулярной половой жизнью (35%). По Бернарду, у девушек, не занимавшихся мастурбацией и не знакомых с половыми ощущениями, слизь из шеечного канала при гинекологическом исследовании никогда не выделяется.

Бернард дает следующее теоретическое обоснование своим наблюдениям. У женщин половой рефлекс пробуждается из потенциального состояния после нескольких половых сношений или мастурбации, когда механические раздражения области гениталий суммируются и доходят до степени оргазма, сопровождающегося гиперсекрецией.

У девственниц, не знакомых с половыми ощущениями, при местном раздражении во время гинекологического исследования выделения из цервикального канала не появляются. Если же при гинекологическом исследовании появляются шеечный секрет, то это говорит о том, что обследуемая знакома с половыми ощущениями независимо от того, каким путем они были вызваны у нее — естественными половыми сношениями или мастурбацией.

В доказательство обоснования этого симптома В. Г. Бернгард приводит следующий случай.

Свидетельствуемая Г. заявляет: вчера, т. е. 15/IX, в 11 часов вечера, когда она возвращалась по безлюдной местности, на нее напал и изнасиловал неизвестный мужчина, высокий, крепкий; от него пахло спиртом. Г. имеет жениха, который в настоящее время находится в армии. Половую жизнь до этого категорически отрицала.

Свидетельствуемая 17 лет, среднего роста, удовлетворительного питания. На теле имеются повреждения в виде кровоподтеков, экскориаций на шее, конечностях и других частях тела, которые, по ее словам, являются результатом сопротивления. Наружные половые органы нормально развиты. Большие половые губы прикрывают половую щель. Малые губы пигментированы, эластичны. Похотник нормальной величины, смегмы нет. Слизистая входа во влагалище в заднем отделе в области спайки покрасневшая, ладьевидная ямка без повреждений. Девственная плева в прошлом кольцевидной формы, мясистая, в состоянии покраснения. На цифре 7 часов циферблата имеется глубокий разрыв, достигающий до основания. Край разрыва темно-красного цвета с синюшным оттенком, припухшие, легко кровоточат; отверстие плевы пропускает 2 пальца.

В. Г. Бернгард сообщает, что в процессе исследования из шеечного канала появилась густая, молочного цвета слизь. Отсутствие признаков онанизма заставило эксперта искать другую причину. После освобождения лоскутов разрыва от крови и соединения их оказалось: в верхней трети разрыва край валикообразно утолщен, белесоватого цвета, с закругленными концами, не примыкающими вполне друг к другу. Значительное преобладание свежего разрыва над старым создавало впечатление одномоментного свежего глубокого разрыва.

Таким образом, эксперт установил, что Г. была «изнасилована» уже не будучи девственницей, и разрыв, с которым она обратилась, произошел по старому разрыву. После категорического заявления эксперта свидетельствуемой, что она до настоящего происшествия жила половой жизнью, она созналась, что действительно перед отъездом жениха несколько раз имела с ним половые сношения.

В. Г. Бернгард приходит к выводу, что этот случай мог быть легко просмотрен, так как острые и яркие типичные признаки недавней дефлорации настолько преобладали над старыми, что вполне могли привести эксперта к ошибочному заключению.

Можно согласиться, что в данном случае симптом цервикальной слизи, мобилизовавший внимание эксперта, помог ему выявить наряду со свежим разрывом наличие старого, следы которого терялись и были плохо различимы в отвороченных краях разрыва, покрытых сгустками крови и фибрина.

Этот симптом может играть подсобную роль в ряде других случаев, когда при девственной плеве, допускающей половые сношения без нарушения ее целостности, например при наличии легко растяжимой плевы, губовидной, лоскутной плевы и пр., требуется установить, имелись ли половые сношения у данной свидетельствуемой. Само собой разумеется, что одного этого симптома недостаточно для того, чтобы высказаться категорически, и приходится прибегать к выявлению ряда других признаков, свидетельствующих о половой жизни (закругленность свободного края, его отрубение, сужение, иногда отвернутость кнаружи, сглаженность поперечных складок влагалища, расширение его сводов и пр.).

Теоретические обоснования В. Г. Бернарда, что сексуальные ощущения возникают со стороны местных раздражений половых органов (онанизм, половые сношения), не совсем правильны. Несомненно, что благодаря огромному количеству интерорецепторов в половых органах всякие раздражения, исходящие отсюда, передаются центральной нервной системе — коре. Однако они возникают не только этим путем, который

можно назвать центростремительным. Существует и другой путь центробежный. Надо иметь в виду влияние высшей нервной деятельности на все физиологические процессы. Учение И. П. Павлова о значении высшей нервной деятельности показывает, какую огромную роль она играет в физиологических процессах оплодотворения и зачатия. На возникновение половых побуждений и ощущений весьма большое влияние оказывают представления в мозгу, возникающие в результате всевозможных внешних воздействий: различные зрелища, картины, скульптуры и пр. Большая роль в этом отношении принадлежит и внутренним ощущениям.

К оценке симптома Бернарда следует относиться критически еще и потому, что выделение слизи может быть связано со временем овуляции (так называемый зрачок Голубевой). Иногда увеличенное отделение из шейки секрета является результатом воспалительных изменений, например при наличии метроэндометрита или, еще чаще, эндоцервицита. Впрочем, во всех этих случаях шеечные выделения имеют специфический характер.

Особенности изменений девственной плевы после родов

Непрерывность основания девственной плевы, обычно сохраняющаяся после дефлорации, во время родов всегда нарушается. Сохраняющиеся после родов лоскуты девственной плевы, как правило, более или менее утолщены, закруглены, с толстоватыми краями. После родов девственная плева всегда имеет дефекты не только в основании, но и на всем своем протяжении. Наряду с обыкновенными утолщенными лоскутками после первых родов в гимене наблюдаются характерные конические и бородавчатые сосочки, так называемые *carunculae myrtiformis* у входа во влагалище.

В послеродовых изменениях в девственной плеве основную роль играют не столько кровоподтеки и лоскуты в результате прохождения головки плода или омертвления от давления и ушибов, сколько глубокие разрывы влагалища, т. е. тканей, лежащих под гименом, и отрыв или отслоение девственной плевы от основания в местах ее прикрепления, что происходит на некоторых участках, где впоследствии и образуются характерные миртовидные сосочки с закругленными и утолщенными краями, которые расцениваются как диагностический признак бывших родов.

РАЗВРАТНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

Статья 120 Уголовного кодекса РСФСР предусматривает меру наказания за совершение развратных действий в отношении несовершеннолетних.

Проявление развратных действий носит самый разнообразный характер. Это прикосновение руками к половым органам, трение или прикосновение половым членом к половым органам девочки или трение половым членом между бедер. Существуют и многие другие формы, которые в громадном большинстве могут быть установлены лишь свидетельскими показаниями. Факт развратных действий может быть выявлен путем судебно-медицинской экспертизы в тех случаях, когда результатом их являются повреждения или следы в форме надрывов, разрывов, кровоизлияний в вещество девственной плевы, наличие спермы в острых случаях или характерные изменения девственной плевы при длительном применении развратных действий. К числу доказательств относится и заражение венерическими болезнями.

При судебно-медицинской экспертизе по делам о половых преступлениях, к которым относятся нарушения половой неприкосновенности, дефлорация, развратные действия, изнасилование и половые извращения, требуется тщательное и умелое исследование. В ряде случаев требуется своевременное освидетельствование обвиняемого как в развратных действиях, так и в изнасиловании или в повреждении половых органов. Для подтверждения судебно-медицинских доказательств весьма целесообразно, а иногда и необходимо бывает провести повторную, контрольную экспертизу.

При расспросе детей надо проявлять большую осторожность и достаточно критично подходить к их рассказам. Они часто бывают получены заинтересованными лицами, нередко фантазируют, а при отсутствии стыдливости говорят явную неправду. Известный судебный эксперт и гинеколог Э. Ф. Беллин рекомендует вообще не обращаться с вопросами к детям, а верить установленному при обследовании, с чем, однако, полностью согласиться нельзя.

Нам неоднократно приходилось убеждаться в том, что из описания происшествия, полученного непосредственно из уст ребенка, иногда удается выявить весьма ценные подробности, имеющие большое значение для заключения, тем более если эти находки совпадают с рассказом свидетельствующей и подтверждаются ею.

Дети, действительно, легко внушаемы, и фантазирование в их психической жизни играет огромную роль. Являясь иногда невольными свидетелями половых актов своих близких, они беззастенчиво останавливаются

на всех их подробностях, причем так, как будто сами являлись объектом преступления обвиняемого по данному делу. Содержание детской фантазии весьма разнообразно и, как правило, тесно связано с теми условиями, в которых ребенок воспитывается и растет, с его развитием, возрастом и здоровьем. Дети очень легко поддаются внушению. На них влияют не только разговоры, рассказы, но и задаваемые им вопросы, иногда неосторожно брошенное слово, случайно подслушанное в разговоре взрослых между собой. М. Е. Евгеньев¹ приводит следующий случай из практики.

Молодая женщина обратилась в прокуратуру с жалобой, что ее 7-летнюю дочь изнасиловали в детском саду. Купая ребенка, она обратила внимание на сильное покраснение половых органов. Дочь ей ничего не хотела рассказать. Тогда она попросила соседку, по профессии врача, которую дочь называла «бабушкой», побеседовать с девочкой. Врач-гинеколог, к которому мать предварительно обращалась, осматривая девочку, обнаружил у нее покраснение в области наружных половых органов и приписал это раздражению пальцами при онанизме. «Бабушке» девочка рассказала, что в детский сад приходят «дяди», догола раздеваются и догола раздевают девочек, но рассказать, что потом делают с девочками, она отказалась. Девочка в присутствии «бабушки» была допрошена следователем, который сказал, что может перевести ее в другой детский сад. О детском саде девочка говорила неохотно, так как он ей не нравился, заявляя, что «там страшно скучно». Посещения сада «дядями» она не коснулась, но когда «бабушка» напомнила ей об этом, ответила, что следователя это не интересует. Физически девочка была хорошо развита и выглядела старше своего возраста: ей можно было дать 10—11 лет.

Безразличным тоном, как бы не проявляя никакого интереса к упомянутому фактору, следователь попросил девочку рассказать ему о «дядях». На это девочка ответила, что она не может этого сделать. Она даже матери не рассказала об этом, боясь, что мать очень рассердится, а сейчас ей стыдно касаться этого вопроса. Но она может нарисовать о «дядях». Рисуя, девочка сказала, что в доме, где расположен детский сад, имеется большой погреб. В погребе темно, и туда надо спускаться по лестнице. В детский сад часто приходят какие-то незнакомые большие «дяди». Руководительница сада берет девочек, идет с ними к «дядям», и девочки догола раздеваются. Что потом происходит в погребе, она нарисовала на листочке бумаги. Следователь сказал, что он с девочкой и «бабушкой» пойдет посмотреть погреб, на что она ответила, что уже забыла, где он находится.

При тщательном расследовании был осмотрен весь дом, где помещался детский сад, все прилегающие к нему усадьбы, но погреба нигде не было. Оказалось, что такой погреб существовал в том доме, где проживала девочка.

Допрошенные жильцы дома, в котором помещался детский сад, дали о нем самые хорошие отзывы. Положительную оценку его работе дал и отдел народного образования, что было подтверждено и материалами следствия. Таким образом, выяснилось, что никто детей в детском саду не развращал, но стало очевидно, что ребенок видел где-то ту картину, которую нарисовал следователю. Следственные органы заинтересовались, в каких условиях живет и воспитывается девочка. Вскоре было установлено, что ту картину, которую нарисовала девочка, рассказывая о «дядях», она могла наблюдать дома. Выяснилось, что в одной комнате с нею живет мать. С мужем она разошлась и часто принимала своего приятеля, который оставался у нее ночевать. Не по годам развитая девочка, по-видимому, подсмотрела то, что происходило между ее матерью и приходившим к ней «дядей».

Приводя вышеописанный случай, М. Е. Евгеньев совершенно правильно анализирует его. Случай этот интересен потому, что показывает, насколько сильную роль играет внушение, направившее фантазию ребенка по определенному руслу. Большое значение имело и то особое внимание, с которым мать рассматривала покраснение на половых органах девочки, настойчивые вопросы матери и «бабушки» о причине этого покраснения, о том, что произошло ли оно в детском саду, кроме того, не приходят ли в детский сад какие-либо «дяди». Таким образом, место действия — детский сад и «дяди» — было внушено этими расспросами, а все остальное дополнила детская фантазия.

Из всего вышесказанного и на основании большой практики Московской городской судебно-медицинской экспертизы рекомендуется при

¹ М. Е. Евгеньев. Методика и техника расследования преступлений. Госиздат при СНК УССР, 1950, стр. 192.

установлении развратных действий и при расспросе об обстоятельствах дела крайне осторожно формулировать предлагаемые вопросы. Их нужно ставить в такой форме, чтобы по возможности был исключен элемент внушения. В противном случае от ребенка можно получить материал, который не будет соответствовать тому, что он фактически видел, что с ним в действительности происходило и о чем он мог бы рассказать объективно.

Надо иметь в виду, что в ряде случаев корыстно заинтересованные лица (перодная мать, отчим, соседи и др.) стремятся получить выгодный для них ответ экспертизы и тем самым предрешить исход дела. В подобных случаях они настойчиво внушают свидетелю ребенку то, что он должен говорить. При таких ситуациях особенно ярко выступает необыкновенная настойчивость, с которой они добиваются получения нужного им ответа экспертизы и с каким возмущением встречают отрицательный ответ, так как это разрушает намеченный ими план.

При установлении следов развратных действий у детей особенно неблагоприятным обстоятельством является более или менее продолжительный срок, истекший с момента происшествия до дня фактической судебно-медицинской экспертизы. Следует иметь в виду, что вследствие хорошего кровоснабжения половых органов небольшие царапины, легкие повреждения в форме кровоизлияний, трещин, осаднений слизистых оболочек довольно быстро исчезают, не оставляя следов.

У девочек 5—6—7 лет в результате развратных действий могут наступить тяжелые повреждения, так как они многое не осмысливают и, кроме того, не могут оказать должного сопротивления.

В результате развратных действий (прикосновения концом полового члена, пальцами рук к половым органам) девственная плева не всегда бывает разрушена, так как производящие их лица стараются быть осторожными, потому что хорошо знают, что разрушение или нарушение целостности девственной плевы является неопровержимым доказательством совершенного преступления. Здесь большое значение имеет время, так как при многократно повторявшихся развратных действиях и при остром характере их картина будет различна. В хронических случаях развратных действий изменения выражены не столь рельефно и требуется большой опыт для критической оценки и дифференциальной диагностики.

Иногда развратные действия завершаются полным половым актом с детьми, что оставляет обширные повреждения с разрывом промежности, влагалищных стенок, повреждением наружного отверстия мочеиспускательного канала и пр. В редких случаях подобные повреждения, относящиеся к изнасилованию, сопровождаются умерщвлением жертвы.

Типичными признаками развратных действий являются изолированные повреждения в области половых органов и на теле: надрывы девственной плевы, кровоизлияния в толщу, по краю или у основания ее, трещины, надрывы, царапины на слизистой входа, малых губ, надрывы или кровоизлияния в области наружного отверстия уретры и пр. (рис. 40).

К серьезным признакам относятся нахождение семенной жидкости во влагалище или на одежде, поэтому в процессе обследования следует осторожно взять мазок и направить в судебно-медицинскую лабораторию. Важно определить не только наличие спермы, но и ее группу и группу крови обвиняемого. К предъявляемой одежде или иным предметам со следами кровяных или сукровичных пятен мазков в случаях развратных действий надо относиться с большой осторожностью, ибо такая кровь может быть менструальной, как это имело место в следующем случае, расследовавшемся в 1953 г. в Московской городской экспертизе.

31/I 1953 г. произведена экспертиза Л., 11 лет 8 месяцев. Девочка была направлена для установления нарушения девственной плевы. Свидетельствуемая рассказывает следующее. «Я спала и проснулась от того, что почувствовала боль в половых органах. Проснувшись, я увидела, что он лежит возле меня. Штаны у меня были спущены до колен, а он был в одном белье. Оттолкнув его, я натянула штаны и пошла в уборную. Там я увидела, что у меня из половых органов идет кровь. Мокроты между ног не было. Кровотечение продолжалось целый день, после чего закончилось». Жалобы: боли в правой паховой области. Менструации и половую жизнь отрицает. Беременности и аборт не имела. Выглядит старше своего возраста.

Вторичные половые признаки. Оволосение в подмышечных впадинах выражено хорошо. Молочные железы шаровидной формы, размером 14×14 см. Соски втянуты. Околососковые кружки бледно-розового цвета.

Наружные половые органы. Развиты нормально, сформированы соответственно возрасту. Оволосение на лобке и больших губах выражено хорошо; волосы прямые, длиной 2—3 см. Слизистая входа и девственной плевы нормально розовой окраски. Девственная плева расположена глубоко, кольцевидной формы, очень высокая, мясистая. Свободный край ее тонкий, гладкий, без повреждений. Отверстие плевы круглой формы, 1 см в диаметре. Кольцо сокращения выражено хорошо. Так как Л. подвергалась исследованию в больнице и поликлинике, были затребованы документы из этих лечебных заведений.

Содержание документов: 1) Удостоверение детской больницы от 24/I 1953 г., в котором записано: «Повреждение девственной плевы. Необходимо направить на судебно-медицинскую экспертизу». Врач (подпись); 2) справка поликлиники от 8 января 1953 г.: «При наружном осмотре гениталий следов разрыва девственной плевы не обнаружено. Наружные гениталии без изменений. Кольцо девственной плевы растянуто. Диагноз: профилактический осмотр. Девственная плева цела».

Заключение судебно-медицинской экспертизы: 1) целостность девственной плевы у подростка Л. не нарушена; 2) следов развратных действий в настоящее время не установлено; 3) заключение, данное врачом детской больницы о «повреждении девственной плевы», и заключение поликлиники «о растянутом кольце девственной плевы» являются ошибочными и не соответствующими действительности: при двукратном обследовании девочки в судебно-медицинской экспертизе с вызовом врача детской больницы установлено, что девственная плева у освидетельствуемой не нарушена, а отверстие равно 1 см в диаметре. Подписи Комиссии судебно-медицинских экспертов.

Этот случай является примером ошибочного заключения в связи с отсутствием опыта в экспертизе половой неприкосновенности и развратных действий. Приведенные ошибочные заключения могут вводить в заблуждение не только органы расследования, но и родителей пострадавших, которым столь сбивчивые и необоснованные экспертизы доставляют тяжелые переживания, что и имело место в описанном случае. Белье девочки, запачканное кровью, было доставлено в судебно-медицинскую экспертизу, где подверглось биологическому исследованию. Оказалось, что кровь по группе совпадает с группой крови девочки и действительно является менструальной со всеми присущими последней особенностями (эпителиальные клетки влагалища, бактериальная флора, клеточный распад).

Иногда может быть предъявлено белье, запачканное кровью значительно раньше, чем были произведены развратные действия, и до производства экспертизы. Надо иметь в виду, что даже при незначительных трещинах и осаднениях слизистой оболочки половых органов могут иметь место кровянистые выделения, но заживление происходит настолько быстро (в течение 48—72—96 часов), что при запоздалом исследовании эксперт не сможет констатировать никаких изменений слизистой оболочки. Это обстоятельство нужно учитывать при экспертизе.

К другим доказательствам развратных действий относится венерическое заражение гонореей и сифилисом. При наличии выделений следует осторожно взять их для мазка, а при наличии соответствующих условий окрасить его и исследовать тотчас, а лучше, как это принято в Московской городской и областной судебно-медицинских экспертизах, направить обследуемую в венерологический диспансер, где имеются условия для проведения более подробного исследования с производством провокации

(в хронических случаях) и для постановки реакции Вассермана. При такой практике иногда обнаруживается наличие гонорей, а в одном случае был установлен сифилис, причем это же заболевание было диагностировано и у обвиняемого.

Если при наличии неповрежденной девственной плевы в процессе лечения потребуется проведение активных мероприятий, родители должны быть предупреждены о необходимости хирургических разрезов, которые могут потребоваться для введения зеркал, лечения шеечного канала (при заражении) и прочих манипуляций. Такая необходимость должна быть запротоколирована в акте комиссии во избежание могущих возникнуть серьезных недоразумений.

У девочек, начинающих половую жизнь с 11, 12, 13, 14 лет, наблюдается преждевременное развитие наружных и внутренних половых органов, не соответствующее их возрасту, росту и общему физическому развитию.

У таких подростков большие половые губы бывают утолщенными, иногда кожа их морщиниста, в нижней трети половая щель раскрыта, губы не прилегают друг к другу, вследствие этого имеется необычное для этого возраста зияние половой щели. На наружных половых органах иногда заметна перезкая пигментация. При неповрежденной плеве в случаях развратных действий наружные половые органы приобретают форму воронки, более или менее глубокой, в которую может вестись головка полового члена.

Тельмуш, подробно описавший эти изменения на основании своего материала, указывает, что в состав такой воронки входит и промежность с задней спайкой.

Как результат систематических развратных действий в течение года и более, приобретающих хронический характер и состоящих в неполном половом акте, совершаемом концом полового члена в ладьевидную ямку или промежность, могут произойти изменения, в некоторых случаях без нарушения целостности девственной плевы, но с хроническим воспалительным процессом в форме гименита. Девственная плева при этом красного цвета, с расширенными сосудами вследствие хронического воспаления. У основания больших половых губ и в ладьевидной ямке определяется выраженное углубление в виде воронки, белесоватого цвета, с атрофией и истончением слизистой оболочки входа и кожи в ладьевидной ямке и вокруг нее. Кожа лишена сосочков, истончена, напоминает пергамент. Величина такой воронки может быть от 3×2 до 3×4 см.

При систематических неполных половых сношениях вход во влагалище имеет характерную воронкообразную форму, на дне которой видна истонченная девственная плева, иногда со старыми краевыми надрывами. Вследствие повторяющихся давлений половым членом или пальцем девственная плева атрофируется, приобретает тусклый вид и характерную вялость тканей. Слизисто-гнойные выделения в результате травматического воспаления могут иметь лишь условное значение.

Наличие выделений часто сопровождается разлитой краснотой и припухлостью слизистой оболочки наружных половых органов, преддверия влагалища, малых губ, девственной плевы. Однако при оценке значения разлитой воспалительной красноты, раздражения и припухлости слизистых оболочек надо быть чрезвычайно осторожным.

При подобной экспертизе необходимо учитывать время появления таких выделений по отношению ко времени совершения расследуемого преступления, так как это явление может быть обусловлено следующими обстоятельствами: 1) трихомонадным вульвовагинитом у ребенка при наличии трихомонады у членов семьи; 2) онапизмом; 3) глистной инвазией;

4) смазыванием дезинфицирующими или прижигающими веществами, если обследуемая до судебно-медицинского обследования подвергалась осмотру в лечебных учреждениях; 5) неопытным содержанием половых органов у малолетних девочек; в таких случаях между складками у клитора и малых губ обнаруживают половую смазку, смешанную с пылью и прочими загрязнениями.

Ввиду перечисленных факторов необходимо обследовать обвиняемого и родителей потерпевшей.

Что касается воспалительного покраснения, раздражения и припухлости слизистых оболочек, то они могут быть как следствием онанизма, так и результатом попытки к совокуплению. Однако при онанизме раздражение большей частью распространяется только на клитор и малые губы. Поэтому к последствиям привычного онанизма у детей относят не соответствующее возрасту увеличение клитора, вялые малые губы, стойкое покраснение слизистой оболочки малых губ в результате систематического прилива крови и, что менее характерно, расширение отверстия девственной плевы.

Экскориации на слизистой оболочке половых органов могут наблюдаться после попыток к совокуплению, но к оценке эксскориаций надо подходить очень осторожно. В Московской судебно-медицинской экспертизе наблюдался случай, когда эксскориации и корочки на слизистой оболочке половых органов у девочки 6 лет, обследуемой по поводу развратных действий, оказались проявлением диатеза. Подобные корочки имелись и на других частях тела, в том числе и на лице, у худощавого анемического ребенка. При оценке той или иной степени покраснения слизистой половых органов надо иметь в виду, что передняя поверхность девственной плевы и смежные с ней части малых губ всегда бывают краснее остальных частей слизистой оболочки наружных половых органов.

Для отличия травматической реакции в результате развратных действий от гонорейного заболевания нужно иметь в виду, что краснота слизистой оболочки входа и слизистые выделения после механических повреждений появляются непосредственно после развратных действий и существуют непродолжительное время (2—3 суток). Поэтому в таких случаях целесообразно провести контрольную экспертизу. При гонорейном же заражении ввиду наличия инкубационного периода симптомы заражения выявляются только на 3-й, 4-й, 5-й день и позже. Понятно, что степень насилия при развратных действиях стоит в прямой зависимости от величины и состояния половых органов пострадавшей и производящего развратное действие и насилие.

Судебно-медицинское исследование может дать положительный конкретный ответ в отношении имевших место развратных действий только при условии, если со времени возникновения их прошло не более 2—3 дней, если оно значительно выражено и если до судебно-медицинской экспертизы исследуемая не подвергалась в каком-либо лечебном учреждении промываниям той или другой дезинфицирующей жидкостью (йод, марганец и пр.).

Во избежание неправильных действий и ошибочных заключений врачи лечебных учреждений не имеют права давать судебно-медицинские заключения при первичном посещении в случаях половых преступлений. В этих случаях медицинский персонал обязан оказать пострадавшей соответствующую характеру повреждения медицинскую помощь амбулаторно или стационарно и, подробно и точно описав повреждение, вызвать в лечебное учреждение судебно-медицинского эксперта. Если в таком срочном вызове эксперта необходимости нет, врач, к которому обратилась пострадавшая, обязан немедленно направить ее в судебную экспертизу.

Следы развратных действий иногда могут быть в виде повреждений полости рта (надрывы губ, губных спаек, уздечки языка), иногда в виде шанкерной язвы и экскорпаций вокруг заднего прохода.

Могут встретиться случаи, когда, кроме ранений, относящихся к половым органам, имеются повреждения на теле.



Рис. 41. Множественные повреждения на теле у девочки 4 лет 7 месяцев, нанесенные ей при развратных действиях. В области лобка и на больших половых губах кровоподтеки длиной 5—8 см. На передней поверхности в верхней и средней трети обоих бедер кровоподтеки овальной формы, располагающиеся близко друг от друга, размером 1×1 см. Такие же повреждения в подключичных областях. Целость девственной плевы не нарушена. Срок нанесения повреждений 3—4 дня.

кий, заостренный, без повреждений. Девочка была направлена к венерологу, который не нашел признаков заражения венерической болезнью.

Заключение: 1) целость девственной плевы у ребенка Х., 4 лет 7 месяцев, не нарушена. Следов развратных действий в настоящее время не обнаруживается, предметом, каковым могут быть пальцы руки; эти повреждения относятся к разряду легких телесных повреждений, не причинивших расстройства здоровью. Некоторые из них напоминают щипки и также являются следами прижатия о твердый предмет; 3) срок возникновения их около 3 дней, т. е. соответствует дню происшествия, т. е. 5 июля.

Согласно материалам Московской городской судебно-медицинской экспертизы за 1937—1940 гг., общее число экспертиз, прошедших по поводу развратных действий, составило 799. Следы развратных действий были обнаружены в 142 случаях, т. е. у 18% пострадавших.

Приводим ниже случай из практики Московской областной судебно-медицинской экспертизы, когда у свидетельствующей не было повреждений половых органов, но при попытке к развратным действиям ей были нанесены многочисленные повреждения на теле.

Мать девочки Х., 4 лет 7 месяцев, сообщила, что мальчик 16 лет прижимал ее дочь к стене и причинял ей боль между ног. Это было 5/VII 1951 г. При обследовании 8/VII установлено: жалобы на боли в животе, общее состояние удовлетворительное.

Повреждения на теле. Над лобком, на лобке и больших половых губах синевато-багровый кровоподтек с желтым оттенком, размером 11×16 см. На передней поверхности грудной клетки, в подключичных областях и над рукояткой грудины семь кровоподтеков округлой формы, размером 1×1 см. На левой щеке и в подчелюстной области два зеленовато-синих кровоподтека размером 4×3 и 2×2 см. Справа в подчелюстной области прерывистый кровоподтек багрового цвета величиной 1,5×1 см. На наружной поверхности верхней трети левого плеча кровоподтек желто-синего цвета размером 1,5×1,5 см. На сгибательной и разгибательной поверхностях правого плеча в верхней трети два кровоподтека, расположенных параллельно, размером от 0,8×0,5 до 1×1 см. На левой ягодиче и наружной поверхности левого бедра в верхней и средней трети пять кровоподтеков желтовато-синего цвета размером 1,5×1 см. Над I поясничным позвонком кровоподтек желтого цвета размером 2×2 см. На внутренней поверхности правого бедра в верхней трети 7 зеленовато-желтых кровоподтеков округлой формы, располагающихся близко друг к другу, каждый размером 1×1 см (рис. 41).

Наружные половые органы сформированы правильно и развиты соответственно возрасту. Слизистая оболочка входа и девственной плевы нормально розовой окраски. Девственная плева полулунной формы, высокая, толстая, просвечивает. Свободный край ее всюду гладкий.

Столь незначительный процент объясняется тем, что в громадном большинстве повреждений половых органов в подобных случаях ограничены: надрывы, царапины, ссадины являются редкостью, покраснения большей частью проходящи и к моменту обращения уже исчезают. С. М. Дмитриева приводит редкий случай. У девочки 4 лет 11 месяцев мать обнаружила выделения из половых органов. В диспансере после исследования выделений были назначены марганцевые ванночки. Через 3 недели мать обнаружила в половых органах девочки английскую булавку. Она обратилась к хирургу, который и извлек булавку. Оказалось, что булавка была замурована в воспаленных малых губах. Конеч ее, т. е. замок, был погружен внутрь. При выведении этого конца оказалось, что малые губы были проколоты. Открыв замок, булавку удалось вынуть из половых органов.

Следы развратных действий следует рассматривать, пользуясь лупой, или, еще лучше, кольпоскопом, который дает увеличение в 10—20 раз. При кольпоскопии более отчетливо видны трещины, лучше выступает разница в цвете рубцов, хорошо заметна васкуляризация и разница в развитии капилляров в области рубца и нормальной, неповрежденной ткани.

Развратные действия не следует смешивать с половыми извращениями, для установления которых применяются совершенно иные методы. Одна из форм половых извращений мужеложство — предусматривается статьей 121 Уголовного кодекса РСФСР.

ИЗНАСИЛОВАНИЕ

Статьи 117 и 118 Уголовного кодекса РСФСР определяют значение этого понятия. По Указу Президиума Верховного Совета СССР от 15 февраля 1962 г. мера наказания за это преступление значительно повышена.

Под изнасилованием разумеется противоказанное совокупление против воли потерпевшей с применением силы. В статье 118 Уголовного кодекса включены и другие случаи противозаконного совокупления без согласия, когда потерпевшую разными способами лишают возможности сопротивляться или создаются условия, при которых преступник вынуждает потерпевшую согласиться на совокупление. Кроме применения физической силы, при изнасиловании имеют место угрозы или использование беспомощного состояния потерпевшей.

Советское законодательство, точно определяя термин «изнасилование», не допускает расширенного его толкования, которое встречается среди населения.

Некоторые женщины считают изнасилованием и те случаи, когда состоявшееся добровольно совокупление не было компенсировано заранее условленными материальными благами в виде предоставления работы, повышения ставки, женитьбы и т. п.

Законодательства западных государств подобные обстоятельства, сопутствующие совокуплению, расценивают как преступление, именуя его обольщением.

Советское законодательство правильно расценивает такую ситуацию, считая, что лица, достигшие половой зрелости и находящиеся в возрасте 18 лет и старше, могут должным образом оценить подобные предложения и должны отдавать себе отчет в своих поступках.

Половое сношение с несовершеннолетней карается законом даже в том случае, если оно было совершено с ее согласия.

Судебно-медицинскую экспертизу по изнасилованию необходимо проводить со всей тщательностью и умением, так как в некоторых случаях необходимо исключить ложные обвинения, симуляцию и даже нанесение себе собственноручно телесных повреждений для достижения корыстной цели.

Понятие «изнасилование» по существу является термином юридическим или, вернее, криминалистическим. В обязанности же судебно-медицинского эксперта входит: получить фактический материал, касающийся насильственного совокупления, а также установить или отвергнуть соответствующие характерные признаки повреждений как половых органов, так и повреждений на теле, которые для суда приобретают характер улик и объективных доказательств.

В этих случаях при судебно-медицинской экспертизе возникает ряд таких же вопросов, как и при установлении факта дефлорации. Совокупление в физиологическом смысле этого понятия состоит во введении полового члена во влагалище и излитие в него семени. При выявлении фактов, относящихся к изнасилованию, судебно-медицинскому эксперту необходимо решить следующие главные вопросы: 1) установить, что половое сношение или попытка к нему были действительно совершены; 2) определить, какие меры и средства были применены для подавления воли и сопротивления женщины, а если таковые имели место, то характер и размер повреждений на теле; 3) какой вред причинило насильственное половое сношение (заражение венерической болезнью и пр.).

При экспертизе не обязательно доказывать наличие полного введения полового члена, так как наказуемо уже одно покушение, т. е. приставление полового члена к половым органам, которое расценивается одними авторами (Н. В. Полов) как половой акт, другими же — как покушение или попытка к нему.

Обнаружение семени во влагалище относится к положительным фактам, но оно не всегда обязательно, так как это доказательство можно получить лишь в ограниченном числе случаев.

При судебно-медицинском исследовании по характеру повреждений входа во влагалище, по состоянию девственной плевы и пр. в ряде случаев можно установить, имело ли место введение полового члена во влагалище. При этом, особенно у детей, повреждения бывают значительными. Исследование производится приемами, указанными в разделе о дефлорации.

При экспертизе по поводу изнасилования взрослых женщин, живущих или живших половой жизнью, установить точно время полового сношения, даже при обнаружении спермы, не представляется возможным. Решающее значение здесь имеет обнаружение телесных повреждений, их количество и характер, особенно такие, как разрыв сводов влагалища. В подобных случаях следует подвергать экспертизе и лицо, совершившее насилие, а также ознакомиться со следственными материалами.

При изнасиловании детей и старух, если действительно имелось полное введение полового члена взрослого мужчины, повреждения половых органов могут быть значительными, с разрывами промежностей, ссадинами, трещинами, ранами на слизистой оболочке входа во влагалище, разрывами стенок влагалища, иногда проникающими разрывами сводов. У детей это происходит вследствие недоразвития половых органов, а у старух в результате атрофии и хрупкости тканей, но у тех и других разрывы могут достигать больших размеров. Иногда же, наоборот, никаких повреждений не обнаруживается даже в таких случаях, когда потерпевшие, чаще всего малолетние, заявляют, что обвиняемый лежал на них и производил половым членом толчки в их половые органы, причем боли они не испытывали, крови не замечали, но было мокро. Это объясняется тем, что совершивший насилие концом полового члена только упирал во вход влагалища или в ладьевидную ямку и совершал трение до тех пор, пока не наступала эякуляция. В подобных случаях девственная плева остается неповрежденной, а при своевременном исследовании обнаруживается воспалительное раздражение на месте травмы и иногда жалобы на расстройство мочеиспускания. В таких случаях, если экспертиза происходит без промедления, очень важно исследовать мазок из влагалища и одежду, где можно установить следы спермы и ее группы. Иногда ставится вопрос, можно ли по состоянию половых органов выяснить, было ли половое сношение однократным или оно совершалось многократно. Экспертиза в этом отношении может представить трудности и требует от эксперта большой опытности.

Некоторые теоретически предполагают, что при многократных половых сношениях девственная плева должна иметь многочисленные разрывы. Такое заключение ошибочно, так как и при однократном, но грубо совершенном половом сношении встречаются не только многочисленные разрывы, но и частичные отрывы девственной плевы у ее основания. К числу признаков, по которым можно предполагать о возможности неоднократных половых сношений, относятся: зияние половой щели в нижней трети, т. е. неполное смыкание больших губ, закругление и утолщение свободного края девственной плевы, т. е. его огрубение, сглаженность или полное исчезновение поперечных складок стенок влагалища, расширение и углубление сводов влагалища и признак Бергарда, т. е. выделение слизи из шеечного канала как реакция на вагинальное исследование. Этот признак имеет относительное значение и должен быть проверен на большем числе случаев. Заключение по этому вопросу можно строить только на сумме всех признаков, ибо наличие только одного признака недостаточно для решающего заключения. В отношении рожавших или женщин, живущих половой жизнью, этот вопрос вообще отпадает.

Разные формы изнасилования можно разделить на три вида: 1) изнасилование с применением физической силы; 2) изнасилование с использованием беспомощного состояния потерпевшей; 3) изнасилование с применением психических мер воздействия.

ИЗНАСИЛОВАНИЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ ФИЗИЧЕСКОЙ СИЛЫ

При экспертизе насильственного совокупления путем применения грубой физической силы прежде всего необходимо решить общий и весьма важный вопрос о пределах и возможности физического сопротивления женщины. Вопрос этот с давних пор интересовал судебных медиков и криминалистов. В самом деле, может ли взрослая здоровая женщина быть изнасилована одним мужчиной? Большинство судебных медиков считает, что женщина обладает возможностями противостоять физическому насилию и что один мужчина не может изнасиловать взрослую, здоровую, бодрствующую и действительно сопротивляющуюся женщину. При оценке этого вида изнасилования следует учитывать взаимоотношение сил нападающего и обороняющейся, а также многие другие обстоятельства, при которых происходила борьба, обусловившая тот или иной исход. Если женщина здоровая, крепкая, а мужчина слабосилен, то характер исхода борьбы не вызывает сомнений. В тех же случаях, когда женщина слабая, а нападающий сильный, крепкий, исход будет иной. Не менее существенное значение имеет продолжительность борьбы, так как при длительной борьбе женщина, несмотря на самозащиту и сопротивление, может потерять силы раньше мужчины и прекратить сопротивление. С другой стороны, длительное сопротивление с активным применением в целях самозащиты движений тела, особенно таза, и сцепления ног, к которым женщина прибегает рефлекторно в процессе борьбы, могут способствовать успешности сопротивления. Подобные меры самообороны требуют от женщины скорее ловкости, а не напряжения сил, и служат значительным препятствием для введения полового члена во влагалище, так как для этого требуется спокойное положение и достаточное разведение ног. В процессе такой борьбы мужчина может обессилить раньше, чем достигнет своей цели, и у него до введения полового члена наступает извержение семени. Этому также способствует соприкосновение полового члена с разными местами тела женщины — бедрами, ягодицами и пр. Эякуляция обычно сопровождается временным упадком энергии и исчезновением полового влечения.

Поэтому к жалобам на изнасилование взрослых женщин, способных к сопротивлению, следует подходить критически и объективно, так как они иногда бывают неосновательными, притворными. Известны даже случаи симуляции изнасилования.

Кроме фактора грубой физической силы, при изнасиловании большую роль играют различные условия и обстановка, которые могут способствовать совершению насильственного полового акта. Сюда относятся неожиданность нападения, растерянность женщины, утомление, боли и оглушение при падении, страх, стыд, наступившая при сопротивлении физическая слабость, наконец, угроза, с которой обычно начинается это преступление. Не меньшее значение имеет место, где происходит насилие (лес, пустырь, изолированное помещение, сарай, чердак, подъезд и пр.), а также время (ночь, когда пострадавшая никого не могла призвать на помощь).

Следовательно, если женщина заявляет, что она была поставлена в такие условия, которые заставили ее прекратить сопротивление, эти условия должны быть раскрыты. Характер подобных происшествий иногда затрудняет выяснение необходимых подробностей, подтверждающих рассказ потерпевшей, что является предметом компетенции суда и следствия, которым это более доступно.

Изнасилование девушек, не достигших половой зрелости, совершается гораздо легче, чем взрослых женщин. Этому способствует не только физическая слабость насилуемой, но главным образом незнание приемов защиты и неумение применить их. Кроме того, в борьбе они скорее теряют силы и способность к сопротивлению.

Изнасилование малолетних совершается еще легче, потому что они неспособны к сопротивлению и не дают себе отчета в совершающемся. В подобных случаях происходит совокупление с лицом, не достигшим половой зрелости, что предусмотрено и карается статьей 119 Уголовного кодекса РСФСР.

ГРУППОВОЕ ИЗНАСИЛОВАНИЕ

Изнасилование двумя и более мужчинами называется групповым изнасилованием. Обычно при этом один из участников производит совокупление, в то время как другие применяют физическую силу, например, связывают, держат руки, ноги и прочими способами устраняют сопротивление женщины. Подобные случаи встречаются в судебно-медицинской практике. Мы наблюдали случаи, когда при упорной борьбе требовалась затрата больших усилий для преодоления сопротивления женщины. В результате подобной борьбы, кроме разрыва девственной плевы, на теле обнаруживались различной силы и выраженности повреждения, которые в отдельных случаях носили множественный характер. В некоторых случаях, когда групповые изнасилования производились подростками или когда сопротивление было активным и достаточно упорным, несмотря на повреждения на теле, половой акт осуществлен не был.

СЛЕДЫ ИЗНАСИЛОВАНИЯ

В каждом случае изнасилования необходимо при экспертизе зафиксировать в акте следы насилия. Большое значение имеют ссадины, царапины, кровоподтеки и более тяжелые повреждения. Они располагаются на руках, бедрах, шее (следы попыток к удушению в виде характерных полукруглых следов ногтей), лице, молочных железах, где часто можно наблюдать следы укусов, присосов, щипков. Кровоподтеки и ссадины могут быть на щеках, вокруг рта, на губах (рис. 42 и 43). На половых органах,



Рис. 42. Повреждения на лице при изнасиловании. Пятно и припухлость на спинке носа, припухлость левой щеки и на ней полулунной формы полоса, припухлость верхней и нижней губы, здесь же небольшие ранки в форме укусов.



Рис. 43. Повреждения при изнасиловании. На передней поверхности шеи с обеих сторон имеются полосы и кровоподтеки размером 1,5—2 см, закругленной формы, напоминающие следы ногтей.



Рис. 44. Девственная плева кольцевидной формы с гладким, толстым неповрежденным свободным краем. Отверстие овальной формы размером 1,5 × 0,8 см. Нижняя часть девственной плевы оторвана от влагалища. У основания девственной плевы имеется кровоточащая рваная рана длиной 3 см, глубиной 2,5 см с переходом на стенку влагалища.

кроме разрыва девственной плевы, наблюдались ссадины, ранения влажных сводов, разрывы промежности, вырывание волос, кровоизлияния в области половых органов (рис. 44 и 45). В некоторых случаях мы наблюдали сотрясение мозга, потребовавшее стационарного лечения. Кроме того, иногда наблюдались переломы костей, например носа или трубчатых костей конечностей.

Как известно, сотрясение мозга может вызвать потерю сознания. Удары в подложечную область вследствие раздражения солнечного сплетения могут обусловить наступление шокового состояния. Сдавливание шеи и крупных сосудов (каротид) может вызвать затемнение сознания и потерю его. Все это облегчает совершение насилия.

Однако в некоторых случаях, несмотря на несомненное применение грубой физической силы, повреждения у изнасилованных совершенно отсутствуют или бывают выражены незначительно.

Наиболее характерные повреждения в виде кровоподтеков, царапин, укусов и пр. у обвиняемых встречаются на открытых частях тела — на кистях рук, лице, шее, носу. В некоторых случаях они бывают настолько мелкими, что сразу остаются незамеченными. Поэтому обвиняемого нужно раздеть и тщательно обследовать. Очень большие повреждения встречаются редко, хотя известны случаи, когда женщины, защищая себя, даже убивали насильника. Обследование подозреваемого необходимо еще и для того, чтобы установить его сложение и степень физической силы для заключения о возможности изнасилования один на один.

В городской судебно-медицинской экспертизе была проведена экспертиза в случае, когда 29-летний К. пытался изнасиловать девочку Ж., 13 лет 6 месяцев. Когда девочка стала кричать, он засунул ей пальцы в рот. Девочка крепко прикусила ему указательный палец правой руки и держала до тех пор, пока к ней не пришли на помощь.

При обследовании К. обнаружено: на тыльной поверхности указательного пальца правой руки имеется поверхностный буроватый струп линейного очертания. Он состоит из трех отдельных струпинок, из которых один, крайний, кругловатого очертания величиной с крупное просынное зерно, второй, средний, линейной формы, длиной до 2 мм и третий, крайний, округлой формы диаметром до 2 мм. Общая длина струпов 1 см. На тыльной поверхности этого же пальца на 0,5 см ниже и ближе к линии сочленения первого межфалангового сустава имеется более поверхностный струп овального очертания диаметром 0,5 мм. На ладонной поверхности концевой фаланги указательного пальца правой руки имеется красноватого цвета пятнышко овального очертания диаметром 1,5 мм. Судебно-медицинский эксперт пришел к заключению, что следы повреждений на концевой фаланге — указательного пальца у гражданина К. могли произойти от укуса человека. Давность их около 2 суток. Таким образом, эти повреждения вполне соответствуют рассказу девочки. Обследуемый сознался, что, находясь в состоянии опьянения, он «дебоширил», пока его не вывели из комнаты.

В другом случае девочка Ч., 8 лет, подверглась изнасилованию 20-летним субъектом. Она заявила, что ей было больно, насильник вводил половой член в ее половые органы и была кровь. При освидетельствовании обнаружено осаднение девственной плевы соответственно цифре 4 циферблата часов, но целостность девственной плевы не нарушена. Осаднение могло возникнуть от давления тупого твердого предмета, например концом напряженного полового члена. Девочка заявляет, что это было 10/XII 1952 г. Кроме того, она сообщила, что когда обвиняемый совал ей половой член в рот, она укусила его.

При обследовании обвиняемого через 3 дня оказалось следующее. На уздечке полового члена имеется свежий кровотокающий надрыв давностью не более 3 дней. Половой член нормальных размеров. Симптом кремастера и брюшной выражены. Судебно-медицинское заключение: у гражданина Р. имеется свежий надрыв уздечки полового члена давностью не более 3 дней.

При экспертизе по изнасилованию, как правило, требуется исследование одежды потерпевшей и подозреваемого не только потому, что на ней можно обнаружить следы семенной жидкости или крови, но и потому, что она может носить на себе следы борьбы и самообороны — разрывы, порезы, вырванные пуговицы и пр.

В тех случаях, когда изнасилование происходит с применением физической силы для устранения сопротивления, оно может сопровождаться дополнительными действиями, например применением какого-нибудь лекарства, наркотического или снотворного вещества. Если потерпевшая предъявляет их как вещественное доказательство, то эти предметы наряду

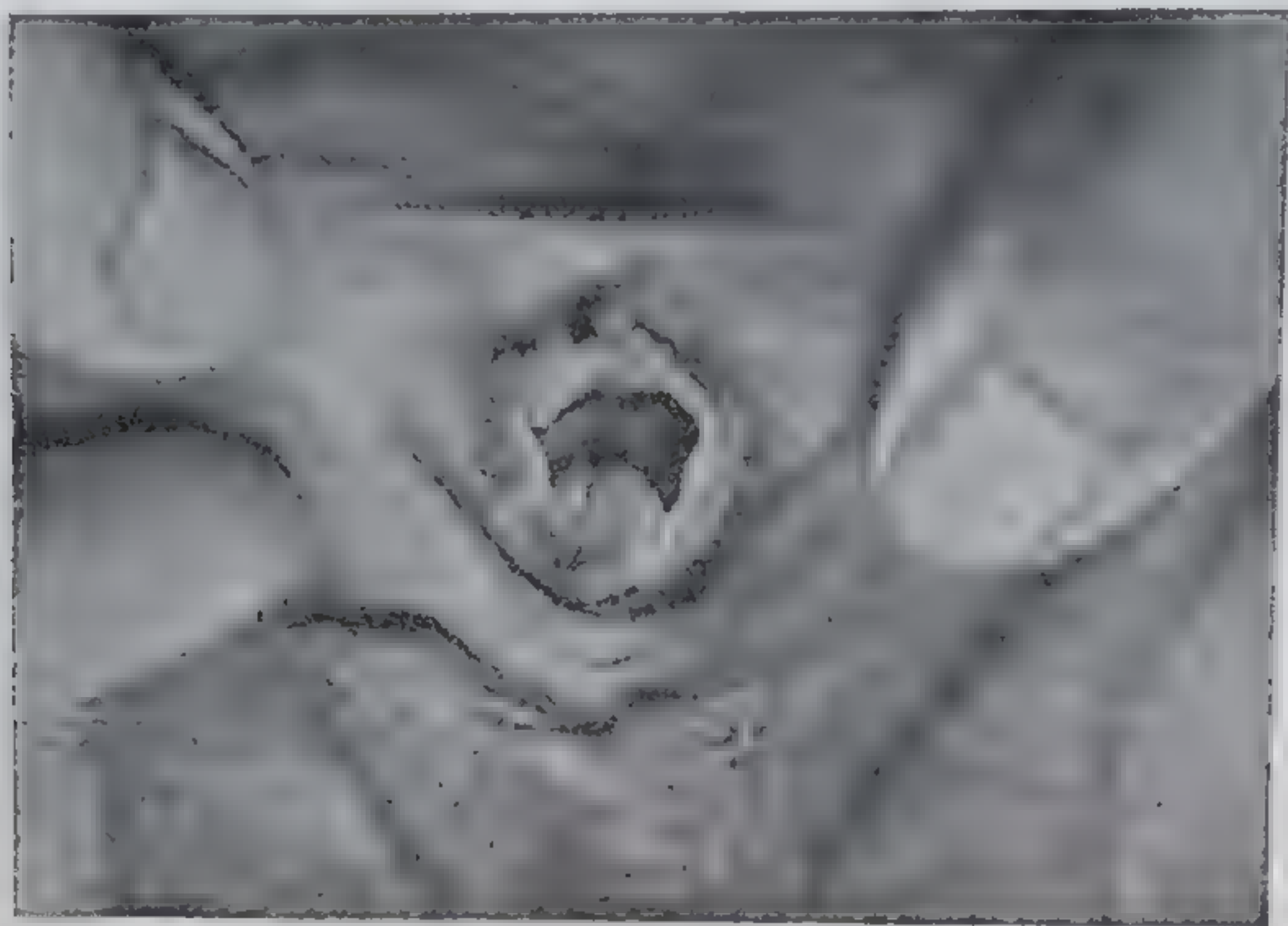


Рис. 45. Девственная плева в прошлом кольцевидной формы, низкая с утолщенным, слегка зазубренным краем. На цифре 6 циферблата часов свежий, кровото-чащий разрыв до основания, свободный край частично отвалился кнаружи, края разрыва разошлись, утолще-ны, отечны.

ду с другими (одежда и пр.) должны быть направлены в судебномедицинскую лабораторию. В акте экспертизы зафиксировать со слов потерпевшей, в каком количестве и как они применялись и какое оказали действие.

ИЗНАСИЛОВАНИЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БЕСПОМОЩНОГО СОСТОЯНИЯ

Само собой разумеется, что беспомощное состояние женщины облегчает возможность насильственного совершения полового акта, исключая сопротивление или делая его невозможным с самого начала.

Беспомощное состояние может быть обусловлено различными причинами, связанными с особым состоянием потерпевшей: обморок от боли, шок вследствие испуга, припадок эпилептический или на почве какого-нибудь иного заболевания, отравление, физическая слабость после перенесенного заболевания, уродства, лишające возможности самозащиты и сопротивления, например отсутствие ноги или руки у потерпевшей и пр., или условиями, созданными самим преступником. При судебномедицинской экспертизе требуется точный анализ подобных случаев, а для полной оценки вышеуказанных фактов следует по мере надобности привлекать невропатолога или психиатра и ознакомиться с материалами следствия.

Может представить затруднение вопрос, как расценивать половые сношения с психически больной и в каких случаях психическое заболевание нужно считать беспомощным состоянием. При некоторых формах психических заболеваний (слабоумие, эпилепсия, идиотия) беспомощное состояние бывает ясно выражено. При других формах психически больные

могут давать себе отчет в половых взаимоотношениях и при необходимости оказывают сопротивление.

Некоторые формы психических заболеваний сопровождаются симптомами повышенного полового влечения и возбуждения, и в таких случаях сами больные могут склоняться на половые сношения. Иногда обвиняемый заявляет, что не знал о том, что в данном случае имел дело с психически больной. Если этому нельзя верить при слабоумии, идиотизме, которые каждому заметны и даже обращают на себя внимание, то это вполне допустимо в отношении других форм психических заболеваний (шизофрении, маниакально-депрессивный психоз и пр.), которые не так легко распознать, особенно в скрытой стадии или стадии ремиссии. В таких случаях для признания насилья, о котором заявляют потерпевшие, обязательно требуется участие в экспертизе психиатра. Для состава преступления важно установить, что виновный знал о наличии психического заболевания.

В ряде случаев преступник может создать беспомощное состояние жертвы, применяя для этого связывание, закручивание рук за спину, избивая и истязая свою жертву, причиняя ей сильнейшую боль и доводя до обморочного состояния или шока. Примером создания беспомощного состояния может служить следующий случай из практики Московской городской судебно-медицинской экспертизы.

Мужчина 28 лет сначала пытался во дворе изнасиловать стоя девушку 22 лет. Это ввиду резкого сопротивления ему не удалось. Девушка вырвалась и побежала по лестнице домой. Мужчина догнал ее на третьем этаже. Он насильно втиснул ее в окно лестничной клетки таким образом, что половина ее туловища до лопаток повисла в воздухе над высотой. Создав таким образом для нее безвыходное положение, он совершил с ней насильственный половой акт с нарушением целостности девственной плевы и нанес ей повреждения на теле в форме царапин и кровоподтеков.

Важен вопрос: может ли здоровая женщина быть изнасилована во время естественного сна? Одни авторы считают невозможным, чтобы здоровая, рожавшая, живущая регулярно половой жизнью женщина не сознавала, что с ней производят во время сна половой акт. Другие полагают, что в подобных случаях может происходить самообман: спящая или дремлющая женщина чувствует совокупление и разрешает окончить его, принимая насилующего за мужа. Действительность факта изнасилования женщины во время сна доказать чрезвычайно трудно, и большинство подобных заявлений оказывается сомнительно и недостоверно.

Без сомнения, изнасилование спящей рожавшей и живущей или ранее жившей половой жизнью женщины, особенно если она раздета, совершить гораздо легче, чем не спящей. Правдоподобными можно считать также случаи, когда спящая женщина при попытке изнасилования просыпается, но не всегда может сразу сообразить, что с ней происходит, и поэтому не успевает оказать сопротивление. При подобных экспертизах огромную роль играет оценка многих обстоятельств: время, место происшествия и ряд подробностей, которые чаще всего остаются неизвестными при первичной экспертизе и более полно выявляются только во время судебного следствия и судебного процесса.

Не менее существенное значение имеет экспертиза об изнасиловании во время искусственного сна, вызванного различными снотворными, наркотическими и лекарственными веществами.

Совершенно отрицать такую возможность было бы неправильно, но следует учесть, что не врачи не умеют обращаться (дозировать и т. п.) с такими веществами, да и достать их затруднительно. Может быть, поэтому имеется немало фальшивых обвинений, продиктованных личными мотивами со стороны женщин, стремящихся представить себя жертвами

преступления. Лживость при подобных рассказах вскрывается со всей очевидностью, когда свидетельствуемая говорит, что, приняв усыпляющее лекарство, она сразу потеряла сознание и ничего не помнит. Такой рассказ, конечно, внушает большие сомнения, ибо в действительности для наступления действия того или иного усыпляющего снотворного средства требуется известный промежуток времени. Поэтому к настойчивым заявлениям свидетельствуемой, что изнасилование ее происходило в состоянии одурманивания, наступившем вскоре после приема какого-то средства, подлитого в питье или подложенного в пищу, следует относиться критически и с большим сомнением. Тот факт, что свидетельствуемая была якобы занаркотизирована, вызывает еще большие сомнения, так как занаркотизировать кого-нибудь против его воли чрезвычайно трудно. Обычно наркотизирующие вещества (хлороформ, эфир, хлорэтил и др.) до проявления своего полного действия вызывают возбуждение и сильно раздражают слизистые оболочки. Поэтому на подобное покушение женщина реагирует не моментальным сном, как обычно рассказывают свидетельствуемые, а реактивными защитными движениями. Этим и объясняется трудность занаркотизирования не только бодрствующей, но и спящей женщины ингаляционным путем. Кроме того, на практике мы убедились в том, что чем подробнее женщина рассказывает о способе одурманивания и о половом акте, тем сомнительнее истина происшествия.

Однако некоторые снотворные (хлоралгидрат, мединал, веронал, барбитураты и др.), будучи заранее примешаны к пище или питью, могут обусловить наступление глубокого сна, при котором половое сношение может быть произведено без активного сопротивления, но такие случаи представляют исключительную редкость.

Хотя и редко, но судебно-медицинскому эксперту приходится встречаться с вопросами о возможности половых сношений с женщиной, находящейся в состоянии гипнотического сна. Следует вспомнить, что вопрос о возможности загипнотизировать женщину против ее воли и желания и совершить с ней в таком состоянии половое сношение давно, еще в старой судебно-медицинской литературе, подвергался дискуссии. Такая возможность большинством считалась сомнительной, но в некоторых случаях, как редкость, допускалась. В основе этого имеет место субъективно-гипнотическое влияние с подчинением воли путем страха, запугивания или морального воздействия.

Если женщина заявляет, что она никогда раньше не видела изнасиловавшего ее субъекта и что он сразу ее загипнотизировал, что она не помнит, как был совершен половой акт, то такой рассказ лишен доверия и не может быть признан достоверным фактом. Однако, принимая во внимание в каждом отдельном случае состояние нервно-психических особенностей и значение второй сигнальной системы, К. И. Платонов считает, что в отдельных случаях после систематических сеансов у женщины можно вызвать сумеречное состояние и даже соп. При таких условиях возможно совершение полового акта.

О подобных случаях сообщал Бруардель. Вот один из них.

Дело касалось молодой девушки, которая как будто не знала, как и когда она забеременела. Мать девушки, которая каждый раз сопровождала ее на лечение к зубному врачу, присутствовала в той же комнате, где находилось кресло, на котором производилось лечение. Мать сидела за ширмой, но заметила, что врач делал над больной, сидевшей в кресле, какие-то «пассы». Мать считала его виновником этой беременности. Бруардель осмотрел девушку и убедился, что она страдает истерией и легко поддается гипнозу. Осмотрев обстановку, где происходило лечение зубов, он пришел к заключению, что как по расположению помещения, так и по устройству кресла с высокой спинкой и соответствующим сидением имелась возможность половых сношений с девушкой незаметно от матери. После приговора суда обвиняемый согласился с экспертизой Бруарделя, признав свою вину.

Однако следует заметить, что экспертиза по изнасилованию под гипнозом представляет трудности и непременно требует участия психиатра.

Большое практическое значение имеет вопрос об изнасиловании женщины в состоянии опьянения. Здесь следует учитывать трудность установления степени опьянения, в котором находилась потерпевшая во время насилия. Обычно за давностью времени сама женщина и свидетели дают сбивчивые объяснения или вообще ничего не помнят.

При опьянении в слабой степени женщина отдает себе отчет в том, что с ней происходит, и, следовательно, способна оказать сопротивление. Сильная степень опьянения может лишить ее способности оценивать происходящее и поэтому оказывать сопротивление. Средняя степень опьянения понижает способность ориентировки и ослабляет возможность сопротивления.

При экспертизе по поводу изнасилования с использованием беспомощного состояния требуется тщательная оценка всех обстоятельств дела, поэтому очень важно ознакомиться с материалами следствия, так как в них могут заключаться важные детали, о которых при судебно-медицинском исследовании пострадавшая может умолчать.

ИЗНАСИЛОВАНИЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПСИХИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ

Статьи 117 и 118 Уголовного кодекса РСФСР, кроме физического насилия, предусматривают психическое насилие путем угроз, запугивания и понуждения женщины к половым сношениям вследствие моральной, материальной или служебной зависимости. Подобные случаи обычно не дают материала для судебно-медицинской экспертизы. Первенствующая роль при этом виде насилия принадлежит следственным органам, а судебно-медицинскому эксперту приходится только устанавливать факт бывшего совокупления. По существу здесь имеются факты вынужденного согласия на половые сношения.

Нужно заметить, что с течением времени само понятие изнасилования с социальной точки зрения получило расширенное толкование, так как потерпевшие относят сюда не только угрозы, но и свое вынужденное согласие на половое сношение, мотивируя это явно злым обманом или обещанием жениться.

В подобных случаях при направлении судом женщины на судебно-медицинскую экспертизу устанавливается состояние девственной плевы и, в зависимости от времени первого полового сношения, определяется срок нарушения ее целостности.

ЛОЖНЫЕ ОБВИНЕНИЯ В ПРОТИВОЗАКОННОМ СОВОКУПЛЕНИИ И ИЗНАСИЛОВАНИИ

Встречаются случаи ложных и необоснованных обвинений в изнасиловании, причем в целях создания большей правдоподобности изнасилования женщины сами себе наносят повреждения. К лицам, которые являются объектами ложных обвинений, относятся соседи по квартире, сослуживцы, совершенно незнакомые мужчины, врачи, эксперты, следователи, родственники, шоферы и многие другие. Заявления и жалобы поступают от самих мнимопотерпевших, а в детских делах — от родителей или опекунов, сожителей и пр.

Причины жалоб по поводу изнасилования разнообразны: месть, корыстные цели, вымогательство (например, желание выселить обвиняемого и занять его площадь), шантаж, а в ряде случаев болезненное состояние,

обусловленное истерией и психическими заболеваниями. Некоторые психические заболевания сопровождаются галлюцинациями, эротическим бредом. Подобные женщины, выдумывая, создают версию об изнасиловании их врачами, соседями и пр. Иногда мотивы жалоб носят характер заблуждений, ошибочного толкования, «обольщения», которое жалобщики приравнивают к изнасилованию.

Так как больные такого рода нередко обвиняют врачей, особенно гинекологов, исследующих их, то врачам-гинекологам и судебным экспертам необходимо производить экспертизу в присутствии понятых, т. е. второго врача или медицинской сестры. В таких случаях следует произвести и судебнопсихиатрическую экспертизу.

Следующий пример является иллюстрацией бреда и ложного обвинения в попытке изнасилования.

К., 22 лет, направлена 12/II 1951 г. отделением милиции для освидетельствования на предмет попытки к изнасилованию. При освидетельствовании 13 февраля рассказала следующее. «7/II А. позвал меня в лабораторию, обещая дать мне книгу. Когда я пришла, то А. (фамилию его я не знаю) закрыл дверь лаборатории на ключ, а Ю. пытался меня изнасиловать. Он повалил меня на пол и лег на меня, но я сопротивлялась, и он не смог совершить полового акта. Тогда он позвал А., и последний приказал мне поднять руки и приставил к груди два ножа. Ю. сказал, что по телефону вызывают Аничку. „Простись с невинной девушкой“, — сказал он и назвал мое имя и год рождения. Затем он подставил к моему уху телефонную трубку, и я слышала женский голос, который мне сказал: „К., это вы, не уstraшайтеcь, остается одна минута вашей жизни“. Трико они с меня не снимали и свои половые органы не обнажали».

Жалоб нет. Менструации установились с 18 лет по 3 дня через месяц. Дату последней менструации не помнит. Половая жизнь с 20 лет, в зарегистрированном браке. В настоящее время с мужем разошлась. Беременностей, родов и абортoв не имела.

Вторичные половые признаки. Оволосение в подмышечных впадинах хорошо развито, молочные железы полусферической формы, размером 16 × 21 см. соски обособлены, из них ничего не выделяется. Повреждений на теле не имеется.

Наружные и внутренние половые органы. Оволосение на лобке хорошо выражено, волосы с завитками. Слизистая входа и девственной плевы розового цвета. Девственная плева со старым, давно зарубцевавшимся разрывом на дифрах 6 и 9 циферблата часов. Края разрыва закруглены, утолщены. Влагалищные своды без повреждений. Тело матки в нормальном положении, нормальной величины; придатки не определяются. К. находится на учете в психиатрическом диспансере. При исследовании мазка из влагалища следов спермы не обнаружено.

Заключение Московской городской судебно-медицинской экспертизы: 1) установить акт половых сношений у гражданки К., 22 лет, как у женщины, живущей половой жизнью, не представляется возможным; 2) повреждений на теле не имеется; 3) направляется к психиатру.

Второй пример представляет собой случай ложных обвинений врача в изнасиловании психически больной.

В., 26 лет, была направлена отделением милиции на предмет установления факта изнасилования. Свидетельствуемая рассказала следующее. «Утром я отправилась к гинекологу, так как у меня открылось маточное кровотечение. В поликлинике меня назначили к врачу-гинекологу, мужчине, который в кабинете принимал один. Вначале он осмотрел меня, а затем посадил в гинекологическое кресло. В то время, когда я сидела, врач приготавливал какие-то инструменты, затем подошел к креслу, навалился на меня, и я почувствовала его половой член. Половой акт продолжался довольно долго, после чего я почувствовала мокроту, доктор вытер меня ватой, я встала и спросила его: „Сколько я должна за труды?“ Он сказал, что это бесплатно, так как за прием я уже заплатила. Когда я вышла из поликлиники, мне было очень стыдно идти по улице, и я пошла к своему врачу-психиатру, которому все рассказала об этом. Врач обещал направить меня на лечение. Я состою на учете в районном психиатрическом диспансере в течение 5 лет».

Специальный анамнез. Жалуется на неприятное чувство внизу живота. Менструации установились с 15 лет, приходят очень нерегулярно, часто по 3 раза в месяц по 7 дней, очень обильные. Последний раз менструации были 10 дней назад. Половая жизнь с 1946 г. Имела одно сношение. Беременность одна, закончилась абортoм в 1946 г. при сроке беременности 2 месяца. Замужем, но половой жизнью не живет.

Вторичные половые признаки. Оволосение в подмышечных впадинах выражено хорошо. Молочные железы дряблые, отвислые, размером 23×16 см. Соски и околососковые кружки розового цвета. Из них ничего не выделяется. Повреждений на теле не обнаружено.

Наружные и внутренние половые органы. Оволосение на лобке выражено хорошо, волосы с завитками. Слизистая оболочка входа нормальной розовой окраски. Девственная плева — как у женщины, живущей половой жизнью; в прошлом кольцевидной формы. От цифры 4 до 8 циферблата часов девственная плева резко изменена, свободный край ее закруглен, утолщен. Шейка матки конической формы с округлым отверстием. Тело матки расположено в задней половине таза. Придатки не определяются. На передней губе эрозия.

Заключение Московской городской судебно-медицинской экспертизы: 1) установить акт полового сношения у В. как у женщины, живущей половой жизнью, не представляется возможным; 2) в мазках из влагалища сперматозоидов не обнаружено; 3) повреждений на теле нет; 4) направлена в психиатрический диспансер для лечения и наблюдения.



Рис. 46. На задней поверхности левого плеча в средней трети имеются царапины длиной от 1 до 6—7 см, расположенные продольно, на расстоянии 0,3—0,5 см друг от друга. Повреждения эти нанесены заостренным концом режущего предмета и характерны для самоповреждений (наблюдение Селиева).

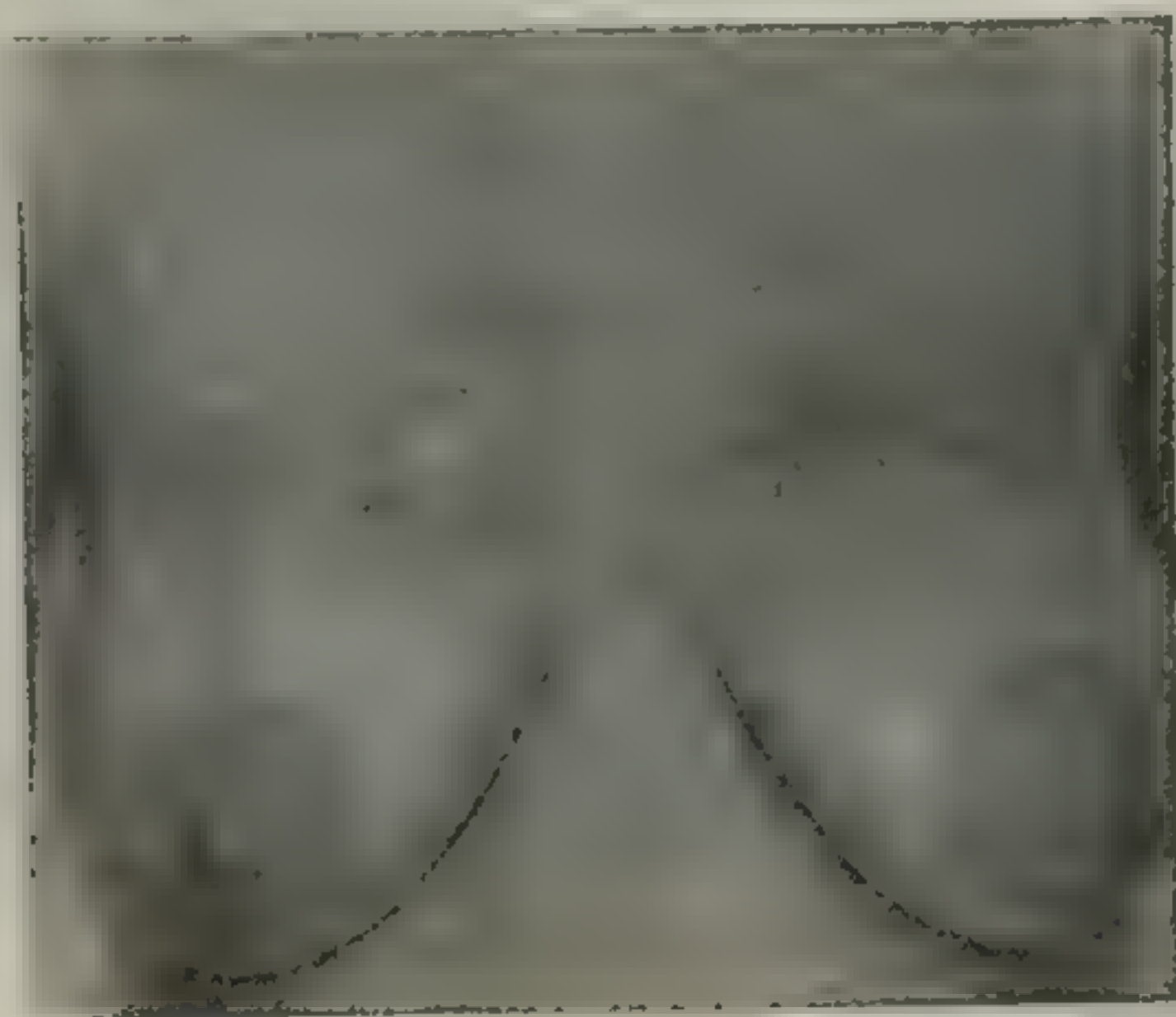


Рис. 47. Обследуемая 23 лет. Самоповреждения при симуляции изнасилования. У основания молочных желез, начиная от третьего межреберья, около 150 поверхностных царапин линейной формы, покрытых пепельной корочкой, расположенных в косом, вертикальном и горизонтальном направлении, частично параллельных друг другу или перекрещивающихся между собой, длиной от 7 до 9 см, занимающих площадь 9×7 см (наблюдение Маленкова).

К жалобам на применение различных средств, возбуждающих половое чувство, так называемых любовных напитков, надо относиться критически, так как подобных средств фактически не существует. В случаях, когда мнимоизнасилованные преследуют корыстную цель, предъявляя свои обвинения, то ярко выступает исключительная настойчивость и даже назойливость, с которой они стремятся добиться своего, т. е. того, чтобы эксперт обнаружил повреждения. В противном случае они требуют переэкспертизы, обращаются в высшие инстанции и пр. Принимая во внимание эту особенность, чрезвычайно важно, чтобы первичная экспертиза была точной и доброкачественной, лучше комиссионно. Хорошо, если имеется возможность сделать фото. В противном случае противоречивые

заключения нескольких экспертов вносят путаницу и мешают объективному разрешению дела. Особого внимания в подобных случаях заслуживает анализ повреждений на теле у мнимонасилованных. Решающую роль играет умение и опыт различить самоповреждение — царапины, надрезы и пр. — от повреждений, нанесенных посторонним лицом. Для самоповреждений характерны места расположения, наиболее удобные для их осуществления, а именно область молочных желез, брюшных стенок, верхних и нижних конечностей, передняя поверхность грудной клетки. На задней половине тела они почти не встречаются.

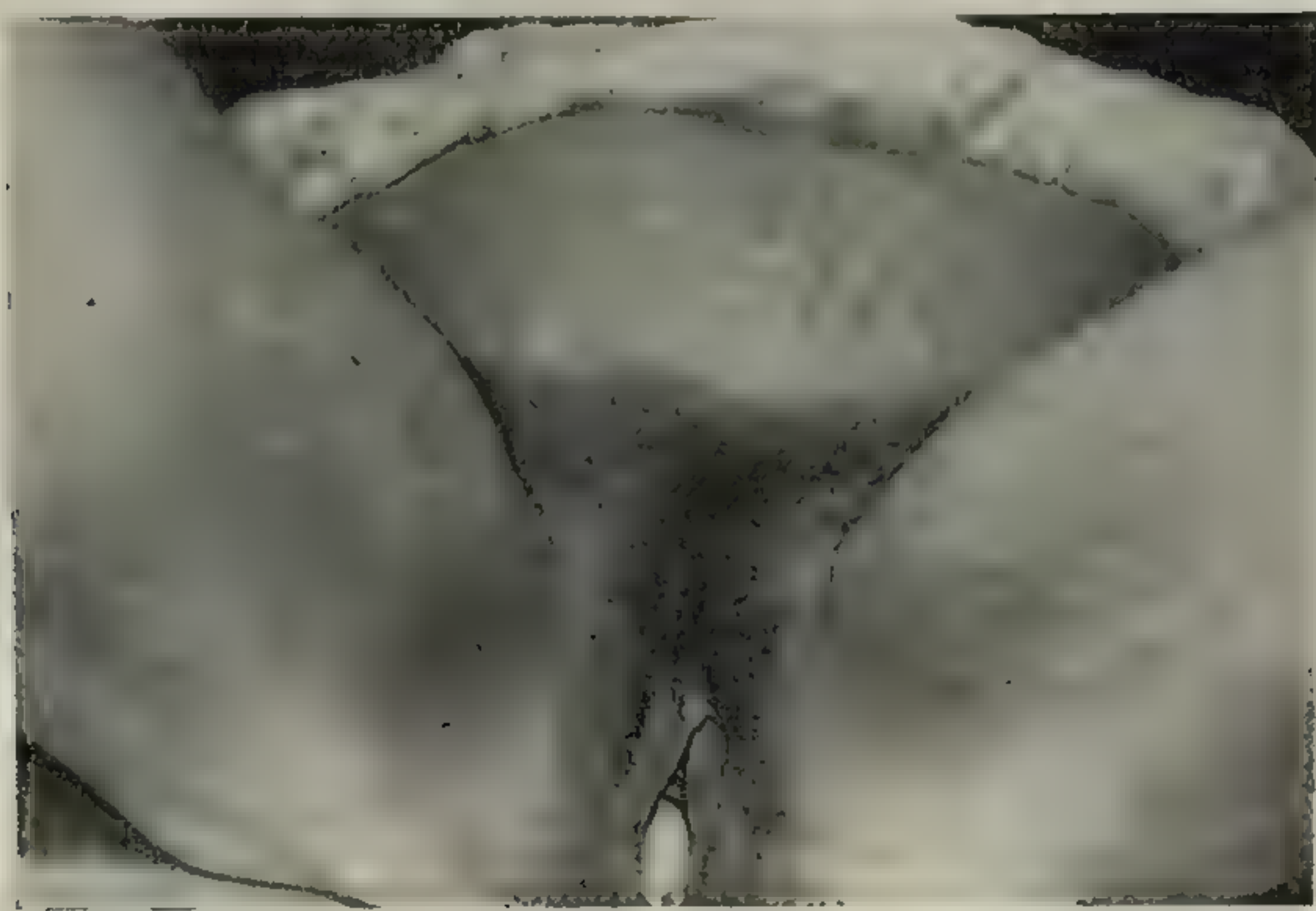


Рис. 48. Самоповреждение при симуляции изнасилования. Над волосистой частью симфиза, а также на внутренней поверхности бедер острым инструментом (возможно бритвой) нанесены параллельные поверхностные царапины).

Самоповреждения в форме царапин, осаднений, надрезов, порезов кожи относятся к разряду легких. Они располагаются параллельно или пересекаются в виде сетки, теряя продольное направление, иногда сливаются между собой. Направленность подобных повреждений большей частью сверху вниз, расстояние между отдельными царапинами или порезами от 0,1 до 0,5—0,6 см. Иногда они соприкасаются друг с другом, образуя одну корочку. Количество их многообразно. В одном случае свидетельствуемая А., 26 лет, нанесла себе на лице, на груди, плече, предплечье, на кистях рук около 120 царапин (рис. 46 и 47). Характерной особенностью этих царапин была одинаковая поверхностная глубина, направление сверху вниз, слева направо, многие пересекались между собой. По-видимому, они были нанесены заостренным предметом. Все они были одинакового цвета и покрыты корочками темно-красного цвета. Согласно заключению судебно-медицинского эксперта, множественные повреждения на описанных частях тела у гражданки А. относятся к самоповреждениям и причинены тупозаостренным предметом. Опыт показывает, что при опросе свидетельствуемые в подобных случаях путаются, утверждают, что они не знают, не заметили, чем наносились эти повреждения, отказываются предъявить одежду, в которой им наносились эти повреждения.

Типичные признаки самоповреждений резко отличаются от повреждений, нанесенных другим лицом, которые отличаются разнообразием, так

как причиняются с различной силой, могут располагаться на спине и в области лопаток, поясничной области, что мало характерно для самоповреждений. Кроме того, степень повреждений в подобных случаях находится в прямой зависимости от предмета, которым они нанесены. Мотивами для нанесения самоповреждений являются симуляция изнасилования и ложное обвинение в ограблении. Иногда повреждения наносят себе психически неполноценные лица в состоянии экстаза.

На рис. 48 сфотографированы самоповреждения, нанесенные для доказательства изнасилования. На нижней части брюшной стенки над волосистой частью, на лобковой области, а также на внутренней поверхности бедер имеются царапины. Эти царапины расположены параллельно, нанесены около 2 дней назад каким-нибудь царапающим или осторережущим инструментом, например бритвой или острым ножом, покрыты свежей розовой корочкой.

Объектом шантажа и ложных обвинений в изнасиловании нередко бывают дети, которых с корыстной целью учат взрослые (мать, отец, бабушка, отчим и пр.), как надо говорить, описывать и выдумывать нечто, якобы случившееся с ними, и клеветать на невинного человека. Для достижения своей корыстной цели они развращают малолетних, знакомят их с сексуальными подробностями для того, чтобы дети могли подробно рассказать о том, чего в действительности не было. Правильный и умелый расспрос ребенка почти всегда помогает вскрыть обман и установить истину.

Причиной неправильного заключения экспертизы иногда бывает неправильно проведенное первичное обследование, в результате чего дело запутывается и могут пострадать совершенно невинные люди. Впоследствии после долгих мытарств истина устанавливается повторными экспертизами или коллегиальным решением дела во второй или третьей инстанции.

Все это вместе взятое показывает, что экспертиза по поводу противозаконных совокуплений и изнасилования представляет немало трудностей, поэтому ей в судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизе должно быть уделено огромное внимание. В каждом отдельном случае необходимо тщательно изучать следственный материал, документацию и обстоятельства дела и консультироваться с более опытным специалистом.

ИЗНАСИЛОВАНИЕ С ПОЛОВЫМИ ИЗВРАЩЕНИЯМИ

К извращенным половым сношениям или заменяющим их противозаконным развратным актам относятся: гомосексуализм, или мужеложство, трибадия, или лесбийская любовь, зоофилия, содомия, или скотоложество, некрофилия, или половые акты с трупами. К необычным способам и приемам, заменяющим половое удовлетворение, относятся садизм, мазохизм и фетишизм, ненормальные способы введения мужского полового члена в рот и в задний проход.

В статье 121 Уголовного кодекса имеется указание на определенную форму половых извращений — мужеложство.

Случаи извращения полового влечения и удовлетворения известны как у мужчин, так и у женщин, но значительно чаще встречаются у мужчин.

В большинстве своем подобные аномалии являются результатом проявлений ненормальностей психики, однако огромное значение в этом вопросе имеет влияние внешней среды, окружение, подражание, а иногда различные случайности, которые в дальнейшем играют роль развращающего фактора. Статья 121 Уголовного кодекса РСФСР предусматривает наказание за мужеложство. Остальные формы половых извращений являются предметом экспертизы и судебного разбирательства, если они со-

проводятся насильем или повреждениями, и практически судом относятся к 120-й статье, т. е. к развратным действиям.

Половые извращения, совершаемые в целях удовлетворения извращенного полового чувства, представляя большое разнообразие в своих формах, часто оставляют следы и нередко серьезно отражаются на здоровье потерпевших. Поэтому весьма важно определить, не нанесло ли данное совершенное действие ущерб здоровью потерпевшего.

Такие аномалии, как трибадия, приобретают судебномедицинское значение, если нарушается целостность девственной плевы. Подобный случай был в практике Московской судебномедицинской экспертизы.



Рис. 49. Девственная плева в прошлом кольцевидной формы. На цифре 4 циферблата часов имеется старый разрыв до основания плевы. Края разрыва разошлись, утолщены, закруглены, у основания разрыва плотный рубец. Кольцо сокращения отсутствует.

И., 18 лет, была направлена городским судом «на предмет установления половой неприкосновенности и развратных действий». Свидетельствуемая рассказала следующее: «Со стороны гражданки Г. я стала замечать необычные ласки. Вначале я не придавала этому особого значения, хотя это вызывало у меня чувство отращения. Так было до моей болезни. Во время болезни наши отношения улучшились, она меня подкупала своим вниманием и заботой. После моей болезни мне случалось спать с ней в одной постели. Она очень пристально рассматривала меня раздетую. Я стала от нее часто слышать, что я не „девушка“. В ответ на мои протесты она сказала, что меня необходимо исследовать. Один раз (это было год назад) я разрешила ей исследовать меня. Я лежала на боку, лицом к ней, а она стала вводить мне палец спереди в наружные половые органы. Сначала она делала это медленно и безболезненно, но потом я почувствовала боль, от которой вскрикнула. Она стала меня успокаивать и дала мне валерьяновые капли. На другой день после подобного исследования я заметила на белье кровь. Когда Г. заболела, я стала за ней ухаживать. Я оставалась у нее почевать, и спали мы в одной постели. В этот период ко мне были проявлены „особые ласки“, сопровождавшиеся введением пальца во влагалище. Первое время это было болезненно, а затем я боли уже не ощущала. С дачи я переехала в Москву к ней. С этого времени ее ласки приняли регулярный характер и разнообразились: кроме введения пальца во влагалище, она целовала и лизала мне наружные половые органы. Отвращения у меня не было, создавалась привязанность, но удовлетворения я никакого не испытывала, не было и желания, чтобы она это производила. Эта связь продолжалась около 2 лет.

Общее состояние. Телосложение правильное, физическое развитие хорошее. Рост 160 см. Размеры таза 32, 25, 28, 19 см.

Специальный анамнез. Менструации с 11 лет, установились сразу, приходят через 25 дней по 3—4 дня, сопровождаются болями. Половой жизнью не

жила. Молочные железы полушаровидной формы, дрябловатой консистенции, несколько отвисают, размеры их 16×17 см. Соски детские. Оволосение в подмышечных ямках и на лобке выражено хорошо.

Наружные половые органы. Сформированы правильно, хорошо развиты. Слизистая входа ярко-розовой окраски. При исследовании патогенной флоры не обнаружено.

Девственная плева. В прошлом кольцевидной формы, высокая, мясистая, с толстоватым закругленным краем. На цифре 4 циферблата часов имеется разрыв до основания, белесоватого цвета, плотный, с рубцом у основания (рис. 49). Отверстие плевы округлой формы, в растянутом виде 1,25 см в диаметре, пропускает кончик указательного пальца, введение которого очень болезненно и встречает сильное сокращение стенок влагалища, вследствие чего получается охват пальца в связи с вагинизмом. Слизистая влагалища отечна, в состоянии воспалительного набухания.

Заключение Московской городской судебно-медицинской экспертизы: 1) целостность девственной плевы у И. нарушена; срок нарушения в настоящее время установить не представляется возможным; 2) И. половой зрелости в настоящее время достигла, но к началу вступления в половую связь не достигла; 3) в настоящее время у нее имеется воспаление наружных половых органов и вагинизм.

Этот случай является характерным для данной формы половых извращений. Суд расценил его как развратные действия с нарушением девственной плевы, и гражданка Г. была осуждена по статье 120, так как к началу связи И. половой зрелости не достигла.

Подобные случаи представляют значительную редкость и при нарушении целостности девственной плевы являются предметом судебно-медицинской экспертизы.

Изнасилование женщин иногда совершается в виде полового акта через задний проход, т. е. женщина становится пассивным педерастом. В острых случаях, т. е. если экспертиза производится без промедления, не позже 1—2 дней, могут наблюдаться следующие изменения: на коже и слизистой оболочке заднепроходного отверстия обнаруживаются свежие кровоточающие раны разной величины—1—0,5 см и более. Обнаруживается нарушение кожи между ягодицами в виде трещин и надрывов, иногда длиной 4—5 см, которые могут переходить через сфинктер на слизистую оболочку прямой кишки. При осмотре ректальным зеркалом обнаруживаются точечные подэпителиальные кровоизлияния и осаднения слизистой оболочки кишки, надрывы и гематомы. Обнаружение спермы также относится к положительным находкам. Обнаружение проявлений гонореи или сифилиса чаще относится к хроническим случаям, равно как утрата лучистости, зияние и воронкообразная форма анального отверстия и разрастание слизистой оболочки в виде гребня.

Описанные выше изменения приобретают диагностическое значение, но судебно-медицинский эксперт должен уметь дифференцировать их и не смешивать с изменениями, наступающими в прямой кишке в старческом возрасте, при геморрое, при затрудненной дефекации, частичном выпадении прямой кишки. Надо также иметь в виду, что заднепроходное отверстие (анус) выдерживает большую степень растяжения: для гистологических и хирургических целей в некоторых случаях исследование производится рукой через кишку. Поэтому при заключении о хронической педерастии к объяснению зияния заднепроходного отверстия надо относиться критически.

Для полноты и убедительности судебно-медицинской экспертизы должен быть обследован и активный педераст, так как это исследование может дать добавочный фактический материал.

Бывают случаи, когда при изнасиловании вводят половой член в рот, что, как и педерастия, относится к извращениям. Некоторые пользуются этим в целях предохранения от беременности, что, конечно, недопустимо. В случаях изнасилования через рот могут быть установлены различные

повреждения: надрывы спаек губ, отрыв уздечки языка, кровоподтеки в мягкое небо и язычок. Эти повреждения находят не только у детей и подростков, но и у взрослых женщин.

Приводим следующий случай.

Ч., 23 лет, направлена отделением милиции для установления факта изнасилования. Ч. заявила, что 3 дня назад она подверглась групповому изнасилованию и, несмотря на сопротивление, с ней совершили извращенный половой акт через рот. В настоящее время ей больно жевать и глотать.

Специальный анамнез. Менструации с 15 лет, по 3 дня, приходят нормально через 30 дней, последние 28/III.

По ее заявлению, в раннем детстве была изнасилована взрослым мужчиной и с того времени половой жизнью не жила. Беременностей, родов, аборт не имела. Молочные железы полусферической формы, отвисающие, размером 21×29 см. Соски обособлены, околососковые кружки светло-коричневого цвета. Обследуемая шатенка.

Повреждения на теле. На лобке по средней линии, отступя 1,5 см от границы волос, линейная царапина, покрытая красноватой корочкой. На верхнем веке правого глаза, у наружного угла, имеется ссадина красно-бурого цвета, размером $0,5 \times 0,5$ см. Губы синюшного цвета, припухшие, отечные. На слизистой оболочке рта у правого угла имеются царапины красноватого цвета размером 1×1 см каждая. С обеих сторон у углов нижней челюсти кровоподтеки сине-бурого цвета, размером $2 \times 2,5$ см каждый. Боль при раскрывании рта и при глотании. При осмотре полости рта обнаружен кровоподтек в мягкое небо справа и кровоизлияние в язычок размером 1×1 и $0,5 \times 0,3$ см. В области обеих молочных желез вокруг сосков и в верхних квадратах кровоподтеки сине-бурого цвета, размером $9 \times 7,3$ и $3,2 \times 2$ см и меньше. На тыльной и ладонной поверхности обеих верхних конечностей, а также на пальцах рук, особенно левой руки, много ссадин, царапин, ранок, идущих в горизонтальном, косом направлении. Некоторые из них имеют полулунную форму и расположены параллельно друг над другом, размер их от 0,2 до 2 см. Одни покрыты корочками красноватого, другие — бурого цвета. В верхней трети живота также имеются царапины такого же характера. На левом бедре и в области левого коленного сустава отмечаются ссадины и царапины от 0,3 до 3 см, покрытые корочками красного и красно-бурого цвета.

Наружные и внутренние половые органы. Оволосение на лобке выражено хорошо. Половые органы сформированы правильно, слизистая оболочка входа ярко-красного цвета, эпителиальный покров осаднен. Девственная плева в прошлом кольцевидной формы. На цифрах 3, 5, 8, 9 часов циферблата имеются старые разрывы плевы до основания. Края разрывов закруглены, утолщены, белесоватого цвета. На цифре 10 имеется свежий разрыв до основания сохранившегося свободного края. Разрыв при дотрагивании кровоточит. Шейка матки конической формы, зев ее округлой формы. Тело матки недоразвито, инфантильно. Придатки не определяются.

Заключение Московской городской судебно-медицинской экспертизы: 1) целостность девственной плевы у гражданки Ч., 23 лет, нарушена давно. Срок нарушения ее установить не представляется возможным; 2) свежий кровоточащий разрыв сохранившегося края девственной плевы на цифре 10 мог быть получен при совершении половых актов. По времени возникновения соответствует дате происшествия, 2—3 дня назад, и мог возникнуть при совершении грубого полового акта, о чем также свидетельствует травматическое состояние слизистой оболочки входа во влагалище; 3) во взятых мазках влагалища спермы не обнаружено; свидетельствуемая мылась; множественные повреждения на теле в виде значительного количества царапин и ссадин, кровоподтеков, ран могли быть получены от воздействия режущих и царапающих предметов. По времени возникновения соответствуют дате происшествия и относятся к разряду легких, не причинивших расстройства здоровью. Они могут свидетельствовать о применении физической силы; 5) повреждения на мягком небе и малом язычке могли быть получены при совершении полового акта в рот; 6) белье гражданки Ч. и белье обвиняемых направлено в биологическую лабораторию для исследования на сперму и ее групповую принадлежность. Гражданка Ч. направлена в венерологический диспансер для установления возможного заражения.

В данном случае у женщины, жившей половой жизнью, благодаря своевременному осмотру и наличию характерных признаков можно было установить не только факт изнасилования с применением физической силы, но и наличие следов полового акта в извращенной форме.

ДОКАЗАТЕЛЬСТВА НАСИЛЬСТВЕННОГО СОВОКУПЛЕНИЯ

К числу доказательств относится установление факта бывшего полового сношения. У детей и девственниц доказательством этого служит нарушение целостности девственной плевы в форме дефлорации или ссадин,



Рис. 50. Девственная плева в прошлом кольцевидной формы. От цифры 6 до цифры 8 циферблата часов кровотокающий разрыв с отслоением края у основания плевы.

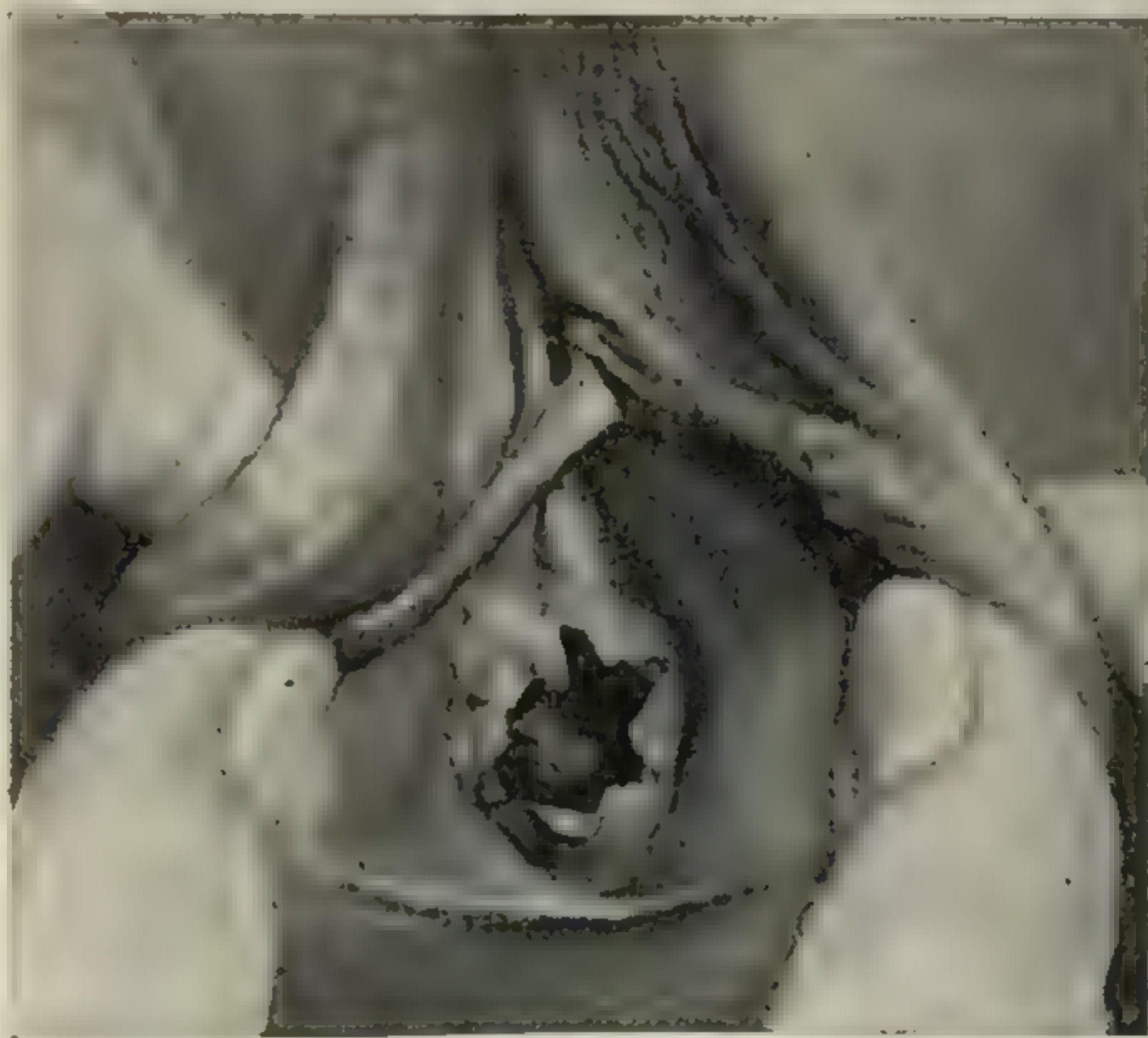


Рис. 51. Девственная плева в прошлом кольцевидной формы, высокая. На цифрах 3, 5, 6, 11 циферблата часов имеются разрывы почти до основания плевы, края разрывов разошлись, утолщены, закруглены. Кольцо сокращения не определяется. Изнасилование.

надрывов, кровоизлияний, утраты первоначальной формы девственной плевы и кольца сокращения (рис. 49, 50, 51, 52, 53). Осаждение слизистой входа влагалища, надрывы его слизистой оболочки, разрывы промежности и повреждения влагалищных сводов встречаются чаще всего у детей и

старух. Большое значение имеет обнаружение спермы во влагалище, причем при неповрежденной девственной плеве сперму удастся обнаружить даже на 6-й день и позже. Далее последовательно устанавливают

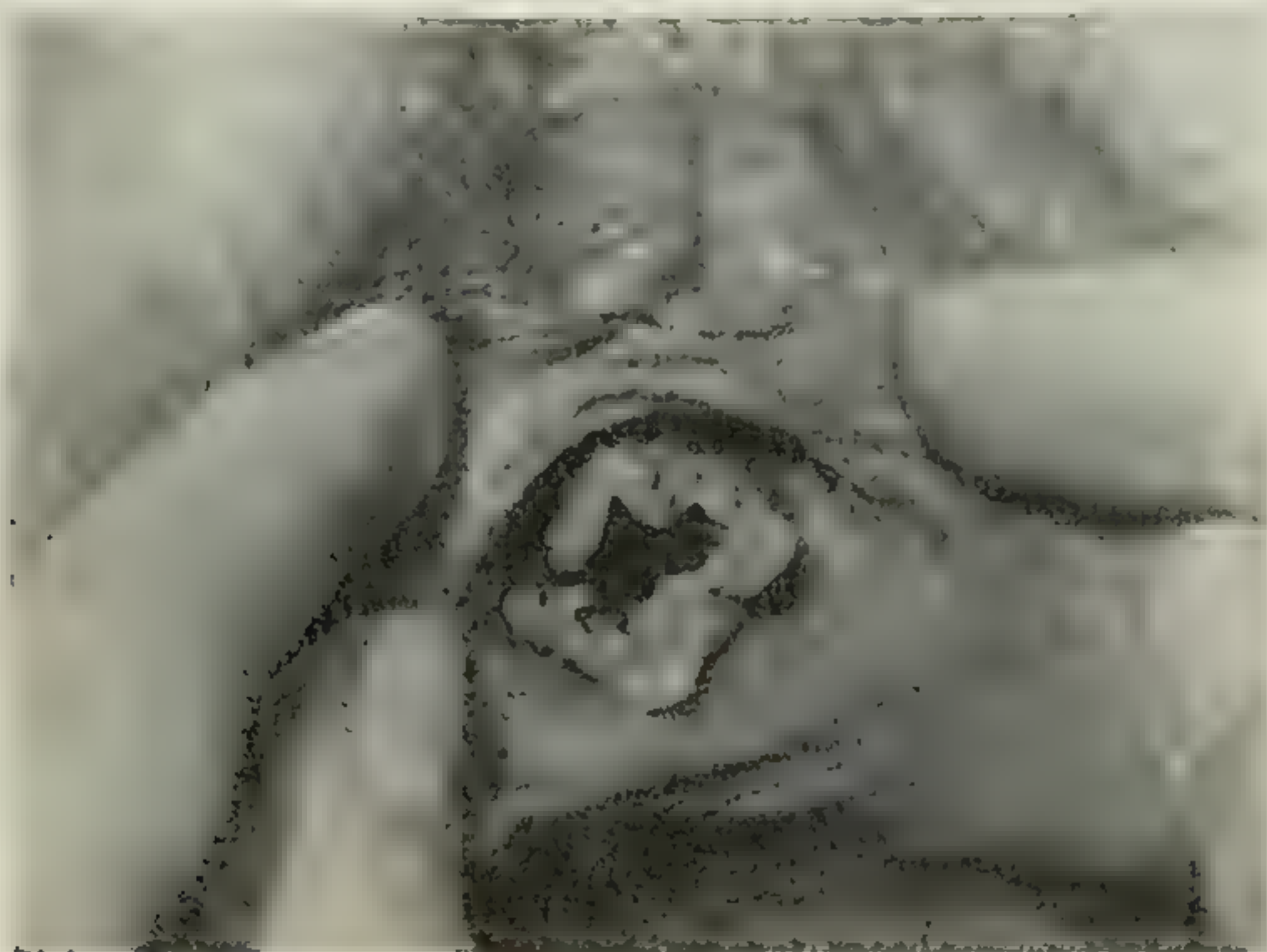


Рис. 52. Девственная плева в прошлом кольцевидной формы. Свободный край ее толстоват, в верхнем отделе раздвоен. На цифрах 2 и 11 циферблата часов две неглубокие естественные выемки, на цифре 9 старый разрыв до основания плевы. Края разрыва утолщены, закруглены, у основания его плотный рубец.

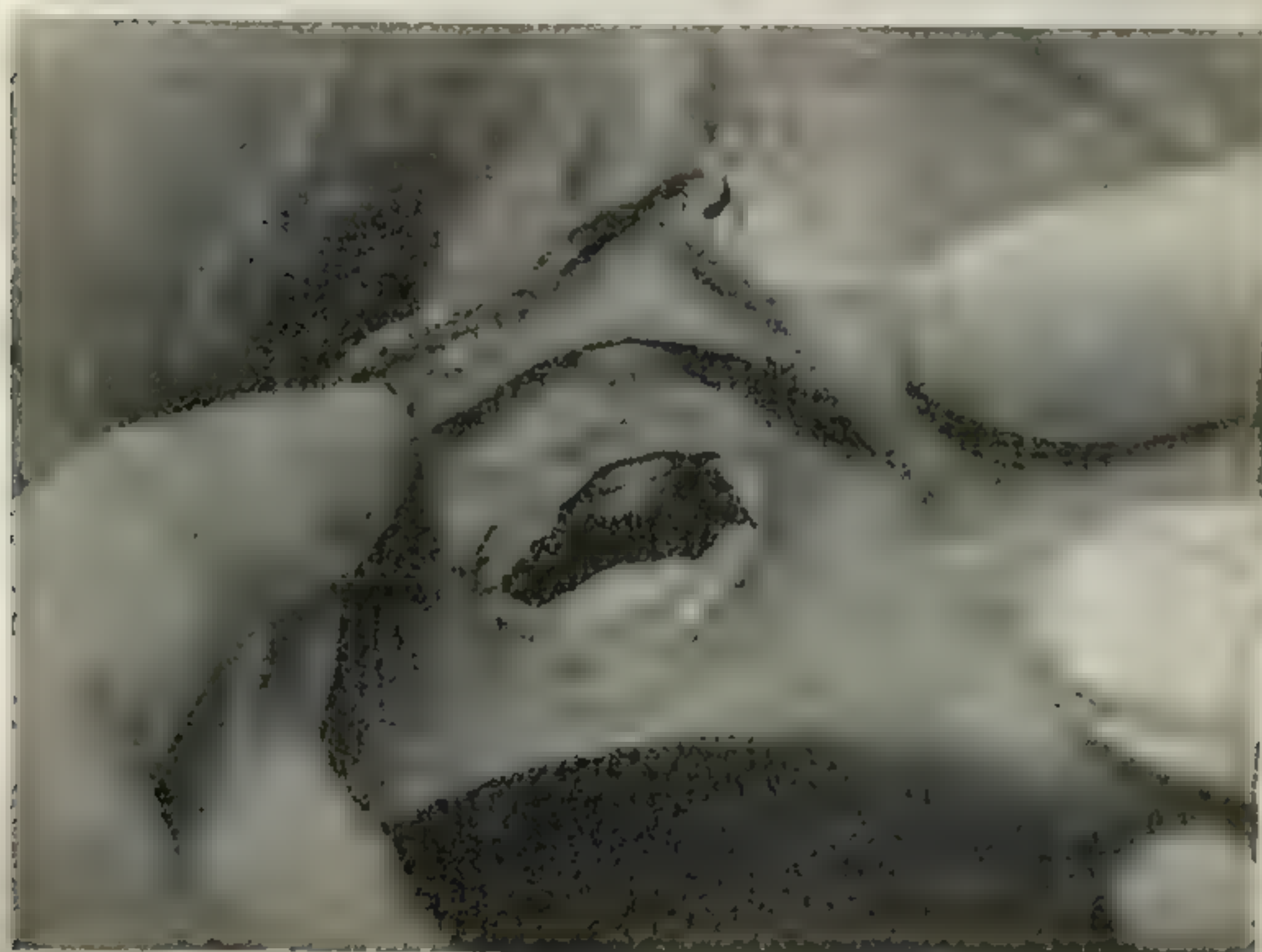


Рис. 53. Девственная плева в прошлом кольцевидной формы. На цифрах 3 и 9 циферблата часов имеются старые разрывы до основания плевы. Края разрывов закруглены, более темного цвета, у основания разрывов плотные белесоватые рубцы. На цифрах от 3 до 9 часов край плевы закруглен и отвалился книзу.

локализацию и характер других механических повреждений тела пострадавшей. В соответствии с жалобами потерпевшей осматривают лицо, рот, грудную клетку, спину, конечности, анальное отверстие. Судебно-медицин-

ский эксперт, кроме подробного описания повреждений как половых органов, так и всего тела, должен суметь оценить время возникновения и соответствие дате происшествия, а также хотя бы предположительно указать, чем они могли быть нанесены: пальцами рук, половым членом или каким-нибудь иным предметом, например ножом, палкой и пр. Кроме того, необходимо квалифицировать эти повреждения, т. е. определить,



Рис. 54. Повреждения на молочных железах при изнасиловании. На левой молочной железе два кровоподтека. Один из них размером 11×8 см. В центре его ссадина полукруглой формы. На правой молочной железе 4 кровоподтека. Повреждения могли возникнуть от грубых щипков и укусов.

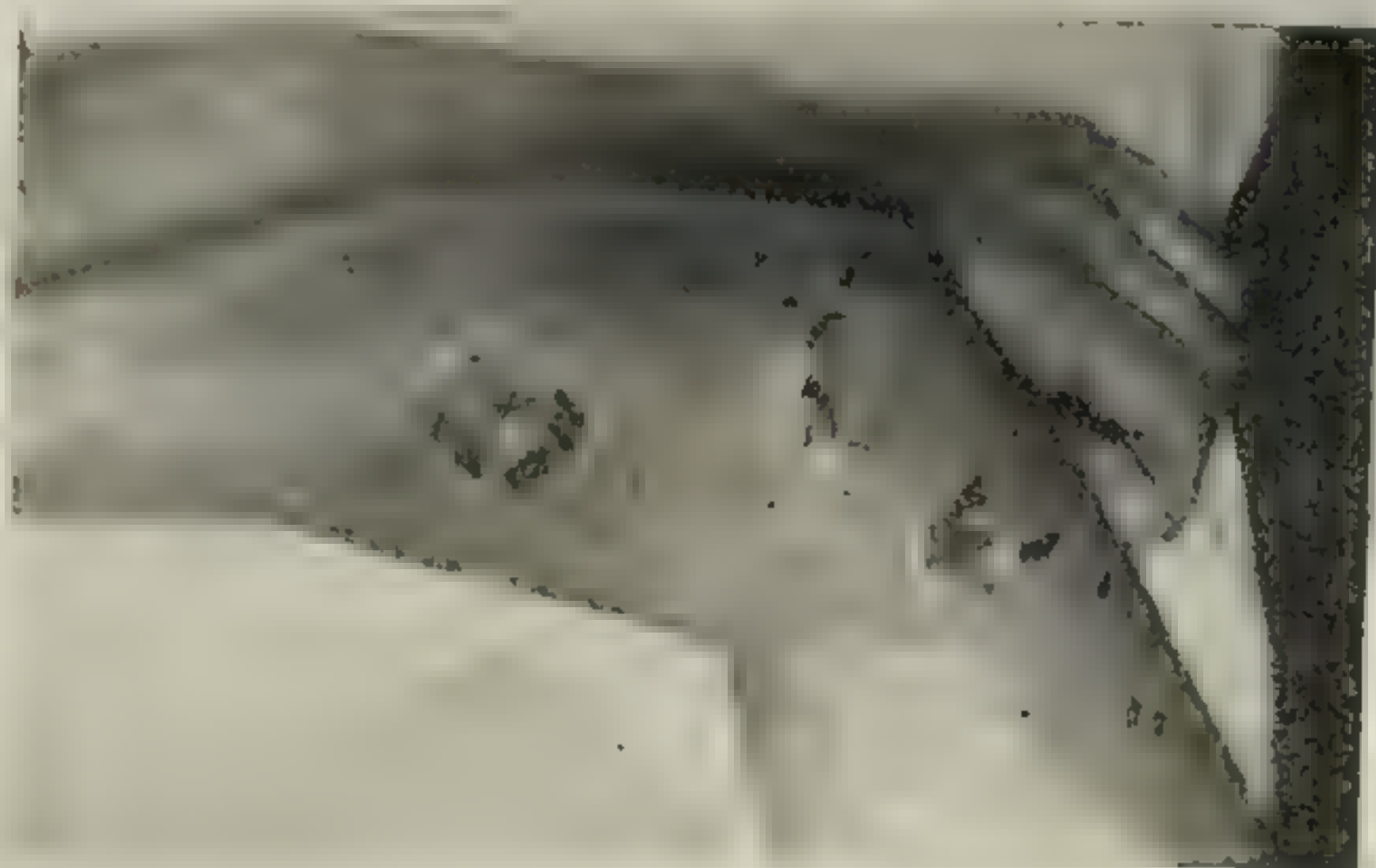


Рис. 55. Повреждения на руках при изнасиловании. На задней поверхности правого плеча в нижней трети кровоподтек размером 7×5 см, на локтевом суставе 6 небольших ссадин. Повреждения могли возникнуть от грубых щипков и укусов.

к какому разряду повреждений они относятся: к легким, менее тяжелым или к тяжким проникающим разрывам свода и т. д. При оценке повреждений на внутренней поверхности бедер, на пальцах рук, на лице, в области молочных желез и особенно половых органов нужно иметь в виду, что они могут происходить при различных видах насилия и свидетельствовать об имевшей место борьбе и самообороне потерпевшей (рис. 54, 55, 56).

Степень повреждений может быть различной. В некоторых случаях, несмотря на применение грубой физической силы, они бывают невелики, а иногда совсем отсутствуют, в других же случаях бывают тяжелыми,

угрожающими здоровью и даже жизни (тяжелые формы сотрясения мозга, кровоизлияние в брыжейку и пр.). В редких случаях насильственное совокупление заканчивается убийством потерпевшей.

Кроме потерпевшей, существенный материал для судебно-медицинского заключения может дать обследование обвиняемого или подозреваемого лица в преступлении.

Осмотрев обвиняемого, можно получить представление о его телосложении и физической силе, и на основании этого решить вопрос, мог ли он физически одолеть один на один пострадавшую. Кроме того, на теле его можно обнаружить повреждения, полученные в процессе борьбы. Наиболее характерны повреждения на открытых частях тела: на лице, шее, руках, в виде укусов, ссадин, царапин, кровоподтеков и т. д. Реже встречаются повреждения на половом члене в виде ссадин или укусов на крайней плоти или на головке. Важно не только их констатировать, описать, но и установить время их возникновения, соответствуют ли они дате происшествия и чем нанесены.

В большинстве случаев у обвиняемого не остается следов повреждений, а иногда они бывают незаметными для него и являются неожиданной находкой при судебно-медицинском осмотре как доказательство имевшего место насилия.

Крайне необходимо исследовать обвиняемого в кратчайший срок после совершения насилия, так как это дает возможность установить на его одежде следы крови и спермы. Следует подвергнуть исследованию и одежду потерпевшей.



Рис. 56. Повреждения при изнасиловании: множественные кровоподтеки на бедрах и голених. Повреждения были получены в процессе борьбы и самообороны. Давность их 24 часа.

ПОСЛЕДСТВИЯ ПРОТИВОЗАКОННЫХ СОВОКУПЛЕНИЙ И ИЗНАСИЛОВАНИЯ

Последствия противозаконных совокуплений и изнасилования весьма различны: расстройство здоровья, заражение венерической болезнью, беременность, психическое расстройство, самоубийство.

Физическое расстройство здоровья тесно связано со степенью повреждений, нанесенных пострадавшей, и с ее возрастом. У детей после полных половых сношений наблюдаются разрывы промежности, а иногда и влагалища, требующие оперативного вмешательства, затруднение походки, а также другие осложнения, не исключая септических заболеваний, которые развиваются после повреждений. Иногда повреждения на теле при истязании потерпевшей бывают многочисленными, что, например, имело место в приводимом ниже случае.

М., 21 года, направлена была отделением милиции для освидетельствования на предмет установления изнасилования в ночь с 23 на 24/I 1951 г.

При освидетельствовании 25/I она рассказала следующее. «В ночь с 23 на 24/I, я с подружкой и незнакомым гражданином ужинала в ресторане. Я сильно опьянела и очулась в автомашине, где находилась с вышеупомянутым гражданином. Он за-

без меня в конец города. Предложив мне выйти из машины, он повалил меня на снег и изнасиловал. Я сопротивлялась и кричала, но он бил меня по лицу и набивал мне в рот снег. В процессе борьбы я теряла сознание, но он приводил меня в сознание, гасируя снегом. Я обратилась в женскую консультацию, где мне сделали профилактическое промывание».

Специальный анамнез. Жалуется на боли в местах побоев. Менструации с 16 лет, по 7 дней через 30 дней, последние 10/1. Половой жизни и беременности до изнасилования не имела.

Вторичные половые признаки. Оволосение в подмышечных впадинах хорошо выражено. Молочные железы полушаровой формы, слегка отвисающие, размером 17×23 см. Соски и околососковые кружки розового цвета. Соски обособлены, из них ничего не выделяется.

Повреждения на теле. На коже лобка по средней линии кровоподтек синего цвета размером 2×2 см. На правой щеке и на верхней губе 7 мелких царапин под красно-бурой корочкой, размером от $2 \times 0,3$ до $0,5 \times 0,2$ см, в области левого угла нижней челюсти кровоподтек с припухлостью размером 7×6 см, сине-бурого цвета. На правой щеке 2 кровоподтека синего цвета $1,5 \times 1$ и $0,5 \times 0,8$ см. На левой боковой поверхности шеи 4 кровоподтека синеватого цвета, размером от $2 \times 1,5$ см. В поясничной области кровоподтек синего цвета размером 13×6 см. На внутренней поверхности обоих бедер в верхней и средней трети имеется множество мелких кровоподтеков синеватого цвета, местами сливающихся в более крупные, величиной от 1×1 до 5×4 см. Кроме того, на левом бедре 12, а на правом 17 кровоподтеков. На тыльной поверхности кисти кровоподтек 3×3 см. На тыльной поверхности левого лучезапястного сустава три кровоподтека синего цвета величиной от 2×1 до $0,5 \times 0,3$ см.

Наружные половые органы. Оволосение на лобке хорошо выражено. На слизистой преддверия множество мелких трещин, покрытых гнойным налетом. Девственная плева в прошлом полулунной формы, высокая, мясистая. На цифрах 2 и 10 циферблата часов естественные выемки, доходящие до середины плевы, края выемок одинакового цвета и толщины со всей плевой. На цифре 6 циферблата часов имеется глубокий разрыв до основания плевы. Край разрыва синеватого цвета, отечны, покрыты фибринозным налетом сероватого цвета, кровоточат. В мазках из влагалища обнаружены сперматозоиды.

Заключение Московской городской судебно-медицинской экспертизы: 1) целостность девственной плевы нарушена; 2) срок нарушения 1—2 дня, т. е. соответствует времени изнасилования; 3) множественные повреждения на теле в форме кровоподтеков, ссадин на лице и на шее могли быть причинены 1—2 дня назад при закрывании рта и сдавливании шеи посторонней рукой. Множественные кровоподтеки на внутренней поверхности обоих бедер могли быть причинены также 1—2 дня назад при насильственном раздвигании бедер. Эти повреждения могли возникнуть в процессе борьбы и самообороны; 4) необходимо освидетельствование для выявления возможного заражения венерической болезнью, а также контрольная экспертиза через 3—4 недели для установления возможной беременности.

Этот пример экспертизы убедительно показывает, что даже при значительной степени опьянения здоровая женщина может оказать значительное сопротивление.

Заражение венерической болезнью. В каждом отдельном случае эксперт обязан направить пострадавшую в венерологический диспансер для обследования. Заражение может наступить не только при половом акте, но даже от однократного прикосновения полового члена при развратных действиях без эякуляции.

Наступление беременности возможно не только у достигших половой зрелости или у женщин, живущих половой жизнью и вполне сформированных, но и у подростков, при наличии менструации, т. е. у 11—12-летних, а также у малолетних при так называемой преждевременной половой зрелости.

Известны случаи наступления беременности до прихода первой менструации, так как овуляция не всегда совпадает во времени с менструацией, а также наступления беременности в перипод аменореи во время голодного времени. В каждом случае необходимо предложить обследуемой после имевшего место полового совокупления при изнасиловании явиться через 2—3 недели для установления возможной беременности или показаться в женскую консультацию, где имеется возможность провести био-

логическую реакцию. Как известно, Указом Президиума Верховного Совета СССР от 23 ноября 1955 г. объявлен новый закон «Об отмене запрещения аборт». По этому закону производство операции искусственного аборта допускается только в больницах и других лечебных учреждениях согласно инструкции министерства здравоохранения СССР. Сохраняется установленная уголовная ответственность как врачей, так и лиц не имеющих специального медицинского образования, производящих аборт вне больниц или других лечебных учреждений. Поэтому при подобных случаях забеременевшая после изнасилования должна обратиться своевременно, не позднее 3 месяцев, в женскую консультацию, где ей при отсутствии противопоказаний выдадут направление в лечебное учреждение для производства операции искусственного аборта.

Психическая травма в связи с изнасилованием наблюдается в форме неврозов, с преобладанием чувства страха, психогенных реакций и пр., что является компетенцией судебной психиатрической экспертизы.

Самоубийство представляет самое тяжелое последствие изнасилования и является результатом тяжелой психической травмы. Последовательная и причинная связь устанавливается следствием и судебнопсихиатрической экспертизой. Экспертизой расследовался случай, когда 23-летняя девушка на 3-й день после изнасилования бросилась с 4-го этажа с целью самоубийства. При судебномедицинском вскрытии было установлено следующее. Девственная плева кольцевидной формы. На цифре 6 циферблата часов обнаружен ясный разрыв плевы до основания с переходом на стенку влагалища. Края разрыва разошлись, красного цвета, с наложением фибрина и темными сгустками.

При экспертизах половой неприкосновенности, дефлорации и изнасилования иногда приходится встречаться с выпадением слизистой оболочки мочеиспускательного канала. О подобном редком случае сообщает И. К. Юрасовский.

Для судебномедицинского исследования была доставлена девочка 6 лет с подозрением на изнасилование мужчиной 40 лет

Данные обследования. Девочка 6 лет, хорошо сложена, достаточно упитана, имеет здоровый вид. На сорочке спереди свежие кровяные пятна. Половые органы и ноги также в крови. За исключением наружных половых органов, никаких следов повреждений не обнаружено. Большие половые губы отечны, не вполне соприкасаются между собой. Между ними соответственно входу во влагалище заметно красно-фиолетового цвета кровоточащее образование величиной с грецкий орех, отечное, покрытое кровяными сгустками. Спереди оно начинается у клитора, с боков — от основания больших губ. Отверстие мочеиспускательного канала, малые губы, вход во влагалище и девственная плева из-за наличия этого образования не видны, и осмотреть их не удастся. Промежность и отверстие заднего прохода не повреждены. Ввиду острых явлений предложено через 3 дня явиться для контрольной экспертизы.

Осмотр через 3 дня показал следующее. Кровотечение из половых органов несколько уменьшилось, опухоль немного меньше, но все еще закрывает вход во влагалище и девственную плеву, отверстие мочеиспускательного канала из-за опухоли незаметно. Решено подвергнуть ребенка новой экспертизе через 2 недели — после ликвидации воспалительных явлений. Это исследование показало, что отечность больших половых губ исчезла, но в верхней трети имеется некоторое покраснение и раздражение кожи. Задняя спайка губ без повреждений. Клитор и малые губы нормальны. Под клитором, соответственно мочеиспускательному каналу имеются две высокостоящие спереди толстые складки, образующие овал величиной с лесной орех. Цвет этих складок ярко-красный, поверхность гладкая некровоточащая. При раздвигании их ясно видно отверстие мочеиспускательного канала, свободно пропускающее мягкий катетер; выпущена нормальная моча. При поднятии нижнезаднего отдела складок ясно видна девственная плева полулунной формы, с гладким заостренным неповрежденным краем. Отверстие плевы небольшое, нерасширенное, через него видна часть нормальных стенок влагалища. Вход во влагалище поврежденный не имеет. Слизистая оболочка входа, малых губ и девственной плевы нормальной розовой окраски.

На основании этих данных, полученных в результате тоекратного освидетельствования, эксперты И. К. Юрасовский и проф. Л. Н. Варнек пришли к заключению, что никаких следов растления не имеется, так как в окружности описанной опухоли, оказавшейся выпавшей слизистой оболочкой мочеиспускательного канала, повреждений не обнаружено. Целость девственной плевы не нарушена. Этиология данного заболевания разнообразна. К выпадению слизистой оболочки predisполагают патологическое расширение мочеиспускательного канала, опущение передней влагалищной стенки, усиленное действие брюшного пресса, например при коклюше, и пр.

Описанный случай выпадения слизистой оболочки мочеиспускательного канала у 6-летней девочки не является результатом полового акта или изнасилования, что было подтверждено контрольными экспертизами.

Клейнвахтер собрал из литературы 59 случаев выпадения слизистой оболочки мочеиспускательного канала, причем 66% их относятся к детям. Автор считает, что у детей этому способствует наличие воронкообразного перехода мочевого пузыря в уретру. Старческая атрофия также predisполагает слизистую оболочку к выпадению. Судебно-медицинский эксперт обязан знать, что выпадение слизистой оболочки уретры чаще является самостоятельным заболеванием и реже результатом изнасилования. Подобное заболевание может дать повод к обвинению в изнасиловании и ввести в заблуждение даже врача ввиду некоторых клинических особенностей, которые выясняют сущность дела только при контрольных наблюдениях, что имело место в приведенном выше случае. Дифференциальная диагностика травматического вульвовагинита и гимениита выявляется при контрольных экспертизах.

Поскольку первоначально установленная у девочки краснота без нарушения девственной плевы исчезла через 3 дня без всякой терапии, причиной ее могли быть травматические повреждения при развратных манипуляциях. Если бы они остались выраженными в прежней степени, нужно было бы искать другой этиологии: глистная болезнь, трихомоназ, неопрятное содержание половых органов, онанизм.

ЭКСПЕРТИЗА ИЗНАСИЛОВАНИЯ ЖЕНЩИН, ЖИВУЩИХ ПОЛОВОЙ ЖИЗНЬЮ И РОЖАВШИХ. ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ПРИ ПОЛОВЫХ СНОШЕНИЯХ

У женщин, живших половой жизнью, эксперту чаще всего приходится устанавливать факт недавно совершенного сношения в случаях изнасилования.

Известно, что обычный повторный половой акт сам по себе не вызывает характерных изменений, на которых можно было бы базироваться, в противоположность тому, что наблюдается у лиц, не живших до этого половой жизнью.

Однако в ряде подобных происшествий некоторые доказательства недавно совершенного полового акта можно найти. К ним относятся следы повреждений на половых органах в результате бурных половых сношений, повреждения на теле, в области прямой кишки, иногда во рту в виде трещин слизистой оболочки, ссадин на половых органах в области входа во влагалище, на малых и больших половых губах, разрывов в области уретры и сфинктера прямой кишки, а также в виде разной величины и формы кровоизлияний в области уретры или на остаточных лоскутах девственной плевы.

При грубых половых сношениях в неудобном положении или при групповых изнасилованиях возникают разрывы входа во влагалище, раз-

рывы сводов не только с нарушением слизистой оболочки, но и проникающие разрывы.

Приводим результаты освидетельствования на 3-й день после группового изнасилования.

Случай 1. В Московскую городскую судебно-медицинскую экспертизу была направлена милицией для установления факта изнасилования женщина 27 лет, живущая половой жизнью и рожавшая. Слизистая в области ладьевидной ямки ярко-красного цвета на участке $1 \times 4,5$ см. Девственная плева в виде миртовидных сосочков, как у рожавшей женщины. На цифрах 5 и 3 циферблата часов имеются кровоизлияния в толщу миртовидных сосочков, а также осаднения слизистой оболочки входа во влагалище темноватого цвета. Шейка матки цилиндрической формы со щелевидным отверстием. Тело матки в нормальном перегибе, обычной величины и консистенции. Придатки не определяются. Кожа вокруг заднего прохода не повреждена, радиарная лучистость выражена нормально.

Заключение: 1) целостность девственной плевы у гражданки Ч. как у рожавшей женщины, живущей половой жизнью, нарушена давно. Срок нарушения ее в настоящее время установить невозможно; 2) повреждения на остаточных послеродовых сосочках девственной плевы в форме кровоизлияний и осаднения в области ладьевидной ямки могли быть получены во время половых актов в неудобных положениях, грубо совершавшихся, а также могли быть причинены пальцами рук при раздвигании половых органов; 3) по времени возникновения описанные повреждения соответствуют дате происшествия и относятся к разряду легких без расстройства здоровья; 4) для установления возможного заражения венерической болезнью направлена для исследования в венерологический диспансер, где заражения не обнаружено.

Случай 2. Женщина 63 лет направлена милицией в Московскую городскую судебно-медицинскую экспертизу для установления факта изнасилования.

Имела 3 брака, 8 беременностей, из которых 5 закончились абортами, а 3 срочными родами. Свидетельствуется 26/VIII 1952 г., половые акты имели место 23/VIII. Отмечаются повреждения на теле. На правом плече с наружной и внутренней поверхности расположено 7 кровоподтеков синего цвета с желтоватым ободком неправильной формы, размером от 1×1 до 5×3 см. На левом плече с внутренней поверхности 2 кровоподтека размером 1×1 см. На правом бедре с наружной и внутренней поверхности 12 кровоподтеков неправильной формы, синего цвета, размером от 1×1 до $0,5 \times 0,5$ см. На левом бедре 10 кровоподтеков размером от 1×1 до 3×2 см, с желтоватым ободком такого же цвета.

Наружные и внутренние половые органы. Оволосение на лобке скудное. Половая щель зияет, слизистая входа и влагалище в состоянии возрастной атрофии белесоватой окраски. Девственная плева в виде остаточных сосочков. На остаточных сосочках возле уретры, а также на участке между цифрами 7 и 5 циферблата часов кровоизлияния в толщу сосочков плевы. Кровоизлияния темно-красного цвета, размером от 1×1 до $0,5 \times 0,5$ см и меньше, в виде точечных. На промежности имеется рваная рана размером 3×2 см и глубиной 1,5 см. Дно ее покрыто налетом коричневого цвета. При внутреннем исследовании установлено: своды влагалища не повреждены. Шейка и тело матки в состоянии возрастной атрофии.

Заключение судебно-медицинской экспертизы: 1) повреждения в области остаточных сосочков девственной плевы и рана на промежности могли возникнуть во время полового сношения. Срок повреждений 3—4 дня, т. е. 23 августа 1952 г., что соответствует времени происшествия, 2) повреждения на теле в виде множественных кровоподтеков на руках, бедрах, голених могли возникнуть от давления пальцев рук при раздвигании бедер и хватании за руки. По времени возникновения относятся к 23/VIII, т. е. дате, указанной пострадавшей. Повреждения следует считать легкими, без расстройства здоровья. На белье, в котором была свидетелем, 27 августа 1952 г., обнаружена сперма.

К числу доказательств бывшего полового сношения может относиться наличие спермы во влагалище женщины.

Однако обнаружение семени как во влагалище, так и на одежде или на месте, где происходили половые сношения, не может быть использовано для установления точного времени полового сношения, так как сперма во влагалище может оставаться как от недавно имевшего место, так и от предшествующего полового сношения. В этом случае ознакомление с обстоятельствами дела может дать судебно-медицинскому эксперту дополнительные данные для более точного заключения. Для установления факта венерического заражения всегда целесообразно направить

пострадавшую в венерологический диспансер, где она подвергается и более углубленному обследованию с провокацией и последующим наблюдением и где ей могут быть произведены реакция Вассермана и другие исследования, мало или совсем недоступные в условиях амбулатории и судебно-медицинской экспертизы.

Необходимо также обследование обвиняемого и домашних лиц на предмет выявления состояния здоровья по гонорее, сифилису, трихомоназу.

Венерическое заражение возможно не только путем полового сношения, но, например, и через пальцы рук, если обвиняемый страдает острой или подострой гонореей со значительными выделениями.

Из приведенных 2 случаев видно, что механические повреждения особого характера у женщин, живших половой жизнью, иногда могут явиться показателем имевших место половых сношений, а состояние этих повреждений может служить критерием их давности.

Повреждения половых органов у женщин во время полового сношения, по данным больниц, куда направлялись женщины при повреждениях с кровотечениями, обнаружены в 1,1% случаев.

Возникновению повреждений влагалища, главным образом его боковых сводов, особенно заднего свода, способствует недоразвитие, инфантилизм, уродства полового аппарата, удвоение его, наличие перегородок, особенно у подростков и малолетних, но разрывы и повреждения влагалища встречаются также у здоровых, нормально развитых женщин, живущих продолжительное время нормальной половой жизнью: при бурных половых сношениях, ненормальном положении партнеров при половом акте, несоответствии между половыми органами, вагинизме, повышенном половом возбуждении, чрезмерно продолжительном половом акте, патологическом состоянии влагалищных стенок, рубцовых изменениях в них, опьянении партнеров, их неопытности в первую брачную ночь, атрофии, атонии и сухости стенок влагалища у старух, а также, по мнению некоторых авторов, вследствие короткости влагалища и уплощения заднего свода.

По данным Тимофеева, длина влагалища у взрослой женщины равна 8—9,5 см, а по Н. М. Какущкину—11,4 см.

Абсолютной короткости влагалища и уплощению заднего свода приписывают большую роль в наступлении разрыва, тем более, что при некоторых ненормальных положениях во время полового акта влагалище может укорачиваться на 1—2 см.

При ненормальном половом акте меняется угол наклона таза и оси влагалища. Особенно склонны к подобным повреждениям пожилые женщины с атрофией влагалища и его сводов.

Повреждения влагалища могут возникнуть в результате грубых вмешательств пальцами рук, а также могут быть нанесены разными предметами. Известны зверские повреждения бутылкой и палкой с проникающими разрывами сводов и обильными кровопотерями, потребовавшими не только оперативной помощи, но и переливания крови пострадавшей.

На рис. 37 изображен свежий разрыв промежности у 72-летней женщины. На нем ясно видна нарушенная целостность кожи и слизистой оболочки с выпадением задней стенки влагалища и опущением шейки матки.

УСТАНОВЛЕНИЕ РАННИХ И ПОЗДНИХ СРОКОВ БЕРЕМЕННОСТИ

Как в уголовном, так и в гражданском процессе нередко встречается необходимость решать вопрос о наличии беременности ранних и поздних сроков. Диагностика беременности требуется для получения ряда льгот (дородовый отпуск, освобождение и перевод на более легкую работу), в алиментных процессах, в случаях насилия над беременными, что является отягощающим обстоятельством, при осуждении беременной к высшей мере наказания, при ложно утверждаемой и преднамеренно скрываемой беременности, при подозрении на скрывание трупа новорожденного или при обнаружении трупа новорожденного в случае детоубийства и при подкидывании.

Женщина, носящая в своем теле оплодотворенное яйцо, называется беременной, причем безразлично, развивается ли оплодотворенное яйцо нормально в матке или вне ее — в добавочном роге матки, яичнике, трубе, брюшной полости и пр. Однако точная диагностика аномалий беременности весьма существенна в клиническом отношении, так как от этого зависит своевременность соответствующей терапии, обеспечение благоприятного исхода беременности и профилактика возможных осложнений.

Распознавание беременности представляет немало затруднений вообще, а для судебномедицинского эксперта такие затруднения увеличиваются. Перед лечащим врачом исследуемая обычно высказывается со всей откровенностью и правдивостью. Другое дело при судебномедицинской экспертизе или когда сама исследуемая или третье лицо заинтересованы, чтобы желаемый факт был установлен, признан и положен в основу судебного приговора.

Поэтому, имея в виду неточность субъективных признаков, эксперт обязан основывать свое заключение исключительно на физических и биологических признаках беременности.

В течение беременности происходят значительные изменения в организме женщины, которые бывают настолько ясно выражены, что сразу бросаются в глаза и достигают максимума развития к концу беременности. Из общих изменений отмечаются усиление процессов обмена веществ, гипертрофия щитовидной железы и усиление функций других эндокринных желез, в частности мозгового придатка, что обуславливает усиленный рост некоторых частей скелета — лица, носа, раздвигание зубов, увеличение таза, далее образование остеофитов, костные образования, иногда разрыхление лонного сочленения, усиленный рост волос, отложение пигмента на коже лица, живота, грудных сосках, удлинение потовых желез.

УСТАНОВЛЕНИЕ РАНИХ ПРИЗНАКОВ БЕРЕМЕННОСТИ

Объективные ранние признаки беременности: 1) прекращение менструаций; 2) изменения в молочных железах; 3) изменения в матке; 4) положительный результат биологической пробы.

1. Прекращение менструаций у каждой здоровой женщины, как правило, является первым признаком беременности, правда, не абсолютно верным, так как прекращение менструаций — аменорея может сопутствовать многим заболеваниям. Тем не менее этот признак имеет диагностическое значение. Следует помнить, что менструаций во время беременности, как правило, не наблюдается, но могут быть случаи, когда при наступившей беременности появляются кровянистые выделения, симулирующие менструации.

Только в единичных случаях кровянистые выделения продолжались в течение всей беременности. Такие выделения крови во время беременности считают патологическим явлением, зависящим от различных ненормальностей в организме женщины, и на них нельзя смотреть, как на настоящую менструацию. Таким образом, одно отсутствие менструации не может считаться абсолютным доказательством беременности, если нет других объективных признаков, подтверждающих беременность.

2. Изменения в молочных железах являются важным опознавательным признаком беременности. Со второго месяца беременности молочные железы увеличиваются, набухают, делаются напряженными и чувствительными к давлению. На коже молочных желез резко выступают вены. Вследствие усиленного роста железистой ткани и набухания подкожной клетчатки на коже выступают розово-красные полосы растяжения. Околососковый кружок увеличивается и получает более темную коричневую окраску. Появление во второй половине беременности второго околососкового кружка грязно-желтого или желто-бурого цвета является почти безошибочным признаком беременности. Второй околососковый кружок особенно ясно выражен у брюнеток. Внутри околососкового кружка видны в виде маленьких бородавок набухшие монтгомеровы железы. Начиная с III месяца беременности молочные железы выделяют молозиво. При анализе и микроскопическом исследовании можно распознать молоко и молозиво.

3. Изменения в матке заключаются в прогрессирующем увеличении ее как в продольном, так и в поперечном направлении, а также в изменении ее формы. Однако до 3 месяцев увеличенная матка не всегда дает абсолютно характерные изменения для беременности. Увеличение матки, симулирующее беременность, встречается при фиброматозе матки, застойных явлениях в тазу, в связи с разными общими и местными причинами, нарушающими крово- и лимфообращение. Для распознавания ранних сроков беременности существует значительное количество физических методов исследования, точность которых относительна.

В основе таких многочисленных диагностических приемов лежит изменение формы и консистенции матки, которые одним кажутся весьма характерными, а другими даже не улавливаются.

4. Наиболее объективным и точным современным методом определения ранних сроков беременности можно признать биологический метод определения ранних сроков беременности по Ашгейму, Цондеку и Фридману¹.

¹ О судебно-медицинском значении реакции Ашгейм—Цондека см. Е. Е. Розенблюм. Биологическая реакция Ашгейм—Цондека и ее судебно-медицинское значение. В сб.: Судебная медицина и пограничные области, 1934, № 1.

Эта проба основана на том, что с самого зачатия, т. е. с самых ранних сроков беременности, в организме беременной происходит образование продукции гормона передней доли придатка мозга — пролана, который в избыточном количестве переходит в мочу беременной.

Наличие его в моче определяется биологически — путем установления влияния этого гормона на яичники юных белых мышей весом 7—8 г, которым подкожно вводят фильтрованную мочу беременных: наступает ускорение созревания фолликулов и лютеинизация их.

Реакция эта очень чувствительна и позволяет почти безошибочно решить вопрос. На материале Московского областного Института охраны материнства и младенчества она была испробована А. Н. Морозовой и М. Г. Сердюковым¹. При проверке на 100 случаях была подтверждена ценность этой пробы.

Авторы пришли к заключению, что биологическая реакция при определении ранней беременности до 2 месяцев дает точный ответ в 98% случаев как при нормальной беременности, так и тогда, когда беременность осложнена фибромной, кистой, уродствами матки (зачаточный рог), а также при шеечной беременности.

В случаях симуляции беременности, при патологической аменорее и наличии субъективных признаков беременности эта проба также дала безошибочный отрицательный ответ.

С судебномедицинской точки зрения важно, чтобы моча, которую посылают в специальную лабораторию для подобной пробы, была взята катетером в флакон, который должен быть запечатан и отослан вместе с официальным документом, удостоверяющим, что моча принадлежит именно свидетельствуемой. Это необходимо делать потому, что в этом случае не исключена возможность ошибки или преднамеренной подмены мочи.

Ответ получается через 100 часов, т. е. через 3—4 дня. Проба позволяет определять наличие беременности с 5-го дня, считая с последней, не пришедшей вовремя менструации.

Для осуществления реакции нужны два объекта: первый объект — утренняя моча исследуемой. Для ее дезинфекции можно прибавить к ней одну каплю тетракрезола на 50 мл, а щелочную мочу подкислить уксусной кислотой. Вторым объектом служат 4—5 молодых самок белых мышей весом по 7—8 г. Инъекция производится однократным шприцем с делениями через $\frac{1}{10}$ мл два раза в день (в 10 часов утра и в 4 часа дня) в течение 3 дней. Каждая мышь получает всего 6 инъекций, в постепенно повышаемых дозах: 0,2; 0,25; 0,3; 0,4; 0,4; 0,4 мл. Через 96—100 часов от начала первой инъекции животных убивают, производят вскрытие и невооруженным глазом или с помощью лупы осматривают яичники. При положительной биологической реакции при ранних сроках беременности изменения в яичниках мышей характеризуются тремя степенями. Первая степень: перезревание фолликулов, легкая степень гиперемии, набухлость матки; вторая степень: полнокровие яичников с геморрагическими точками, легко различимыми на глаз или под лупой; третья степень: лютеинизация клеток, развитие желтых тел, хорошо различимых макроскопически.

Практически ценность этой реакции велика. Ошибки не превышают 2—3%.

¹ М. Г. Сердюков и А. Н. Морозова. Клиническая оценка биологической реакции определения ранних сроков беременности. Журнал акушерства и женских болезней, 1931, № 8.

нию
сроко
призн
еще
Коли
монти
57 п
колич
лой л
мых

Рис. 5
вую
соско
них в

ных
ся по
менн
живо
ловы
отто
серд
конф
легко
ляет
точно
дова
матк
симф
8*

УСТАНОВЛЕНИЕ ПОЗДНИХ ПРИЗНАКОВ БЕРЕМЕННОСТИ

Перечисленные признаки беременности, относящиеся к распознаванию ее в ранних сроках, остаются характерными и для более поздних сроков, но, кроме них, присоединяется ряд других, вполне достоверных признаков беременности, исходящих от растущего плода.

Изменения со стороны молочных желез продолжаются. Последние еще больше увеличиваются, прощупываются увеличенные долилки их. Количество пигмента возрастает. Число монтгомеровых желез увеличивается (рис. 57 и 58). Молозиво выделяется в большем количестве. Отложения пигмента по белой линии и на лице в виде так называемых пятен беременности усиливаются.

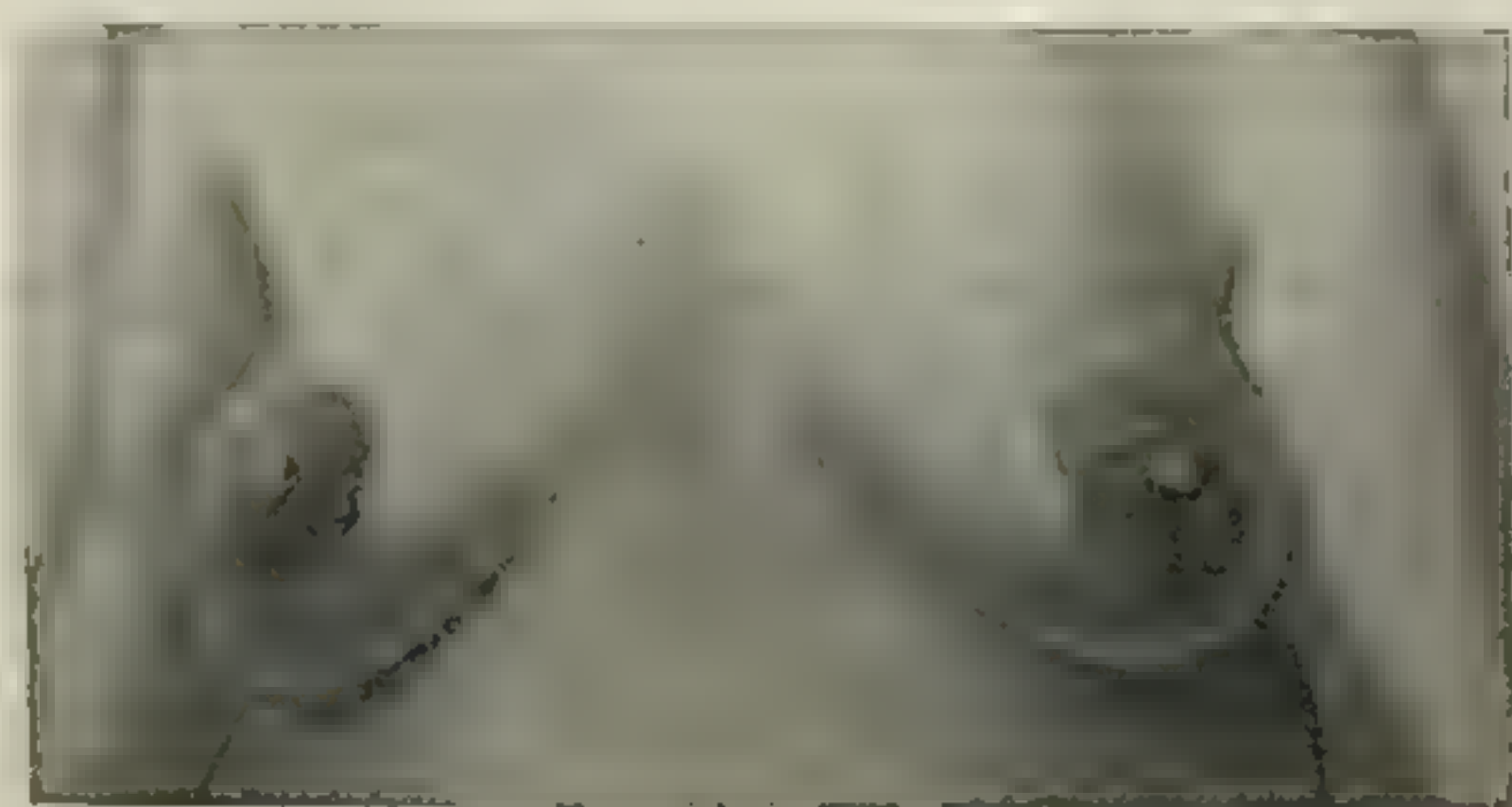


Рис. 57. Изменения в молочных железах в первую половину беременности. Соски и околососковые кружки пигментированы. В последних видны монтгомеровы железы. Соски увеличены.

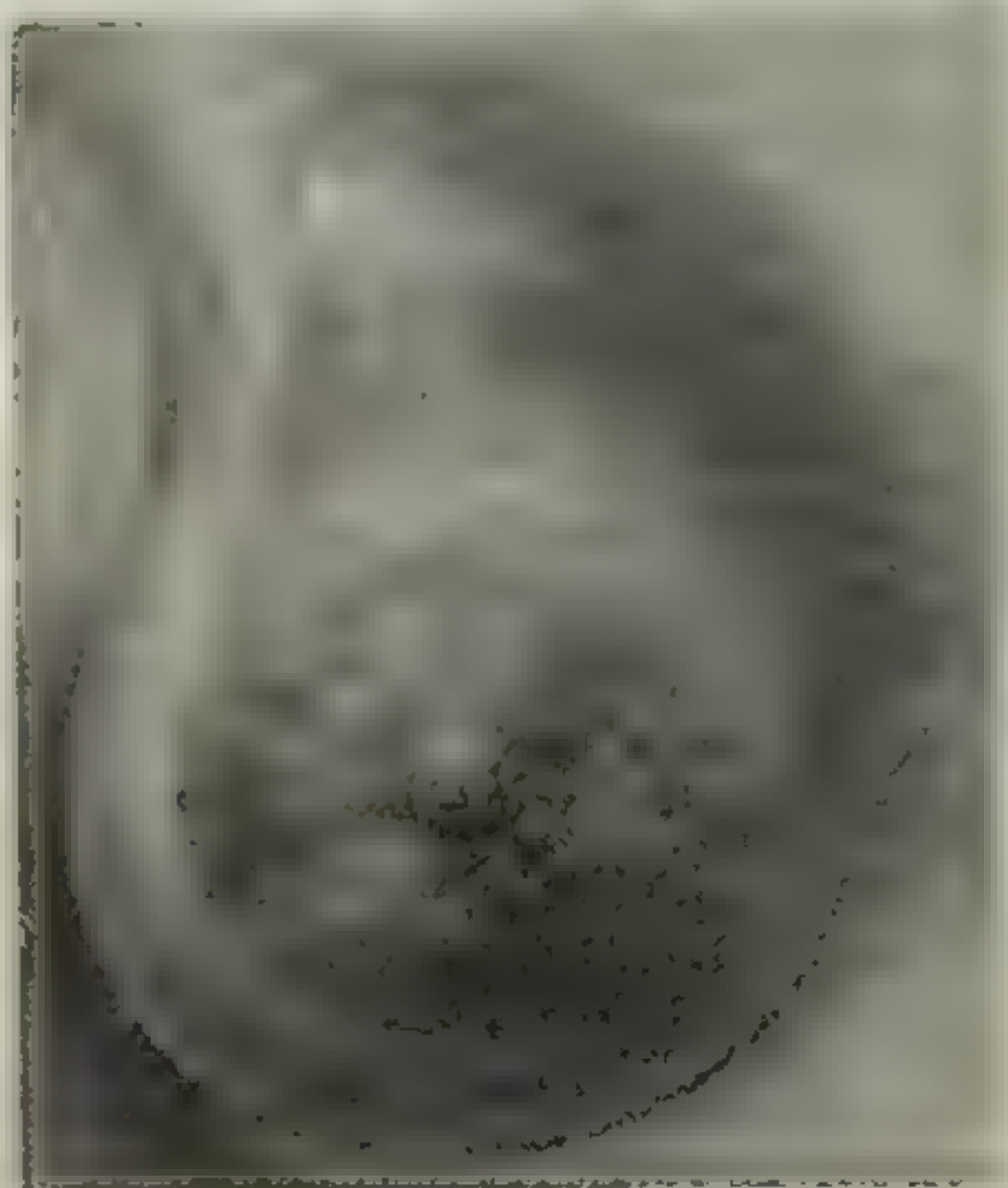


Рис. 58. Молочные железы во вторую половину беременности. Усиление пигментации, которая распространяется до основания желез, виден второй круг пигментации. Монтгомеровы железы выражены более отчетливо, чем в первую половину беременности.

Обнаруживается наличие на животе так называемых полос беременных — стрии, которые бывают выражены с VIII лунного месяца и остаются после родов на всю жизнь в числе одного из признаков бывшей беременности.

Во вторую половину беременности становится заметным увеличение живота, набухание варикозных венозных узлов на ногах, наружных половых органах и около прямой кишки как результат затрудненного оттока крови.

С 4—6 месяцев можно слышать маточный шум, а несколько позже сердцебиение плода.

В соответствии с увеличением и ростом матки изменяется ее объем, конфигурация и высота стояния дна матки.

Высота стояния дна матки с IV месяца, когда дно выходит из таза, легко определяется путем ощупывания и может быть измерена.

До этого срока ощупывание через брюшные стенки не позволяет точно судить о сроке беременности и срок этот можно установить точнее при помощи двойного — наружного и внутреннего — исследования.

Для суждения о сроках беременности по величине растущей матки главным критерием служит высота стояния дна ее над симфизом.

К концу I месяца, считая с первого дня бывшей в последний раз менструации, определить ясное увеличение матки в большинстве случаев не удастся, так как яйцо в это время невелико.

К концу II месяца матка принимает шарообразную форму, величина стояния ее дна над симфизом 4 см.

В конце III месяца матка выполняет всю полость малого таза, высота стояния ее дна над симфизом 12 см.

К концу IV месяца матка выходит из полости малого таза, и дно ее стоит на три поперечных пальца над верхним краем симфиза.

Измеряя высоту стояния дна матки над лоном в сантиметрах, как это принято в большинстве советских акушерско-гинекологических учреждений, лучше вести подсчет срока беременности по месяцам, но более уточненно — по неделям. К концу V месяца дно матки стоит посередине между пупком и лобком.

К концу VI месяца оно стоит на уровне пупка (или к концу 24-й недели на 22—24 см над лоном).

К концу VII месяца находится на 2—3 пальца выше пупка (или к концу 28-й недели на 28 см).

К концу VIII месяца дно матки расположено между пупком и мечевидным отростком (или на 30—32 см над лобком).

К концу IX месяца беременности дно матки достигает высшей точки мечевидного отростка (или к концу 36-й недели стоит на 36 см над лобком).

В конце X месяца беременности дно матки опускается на уровень 8-го месяца. При 40 неделях высота дна над лобком—32 см.

При оценке сроков беременности одного критерия стояния дна матки недостаточно: должны быть приняты в расчет окружность живота, величина матки, подвижность, консистенция и размер головки плода, положение его, количество вод, многоплодие, состояние шейки матки, шеечного канала и предлежащей части, характер сердцебиения и пр., если производилось внутреннее исследование.

При установлении ранних и поздних сроков беременности возникают следующие вопросы: 1) существует ли в данном случае беременность (если существует, то первая или повторная); 2) срок беременности и предполагаемое время родов; 3) жив ли плод, его положение и величина; 4) одноплодная или многоплодная беременность; 5) состояние родовых путей — форма, величина таза; 6) имеются ли какие-либо осложнения беременности со стороны половых органов или других органов и систем.

Из вышеизложенного вытекает, что беременность в первые месяцы может быть определена при помощи физических методов исследования лишь с известной вероятностью, при помощи же биологической реакции по Ашгейму, Цондеку и Фридману — с достоверностью уже в самые ранние сроки после зачатия, до V месяца включительно.

Со второй половины беременности при наличии достоверных признаков со стороны плода (сердцебиение, определение частей плода, движения его, рентгенограмма) наличие беременности и ее срок можно установить точно. С помощью рентгенограммы, применяя особую технику по Эльдигу, по Дженссу, можно установить беременность уже на II и на III месяце. Ошибки в связи с установлением срока в первую половину беременности, особенно до 2 месяцев, встречаются нередко. При этом увеличение матки, симулирующее беременность, наблюдается и при опухолях, застойном набухании матки, особых заболеваниях, именуемых метрпатиями. Иногда беременность могут смешивать также с предменструальным набуханием матки.

Ошибки при определении срока беременности, времени родового отпуска, т. е. определении 32-недельной беременности, времени наступления родов

С 1 апреля 1956 г. продолжительность отпуска по беременности удлинена и определена 112 днями, а именно 56 дней до родов, начиная с 32-й недели беременности, и 56 дней после родов. В случаях патологических родов послеродовой отпуск удлиняется до 70 дней.

Ошибки в определении этих дат, в частности времени родового отпуска, зависят от ряда погрешностей организационного характера и неправильной методики исследования беременной.

В этом отношении ошибки возможны: 1) при позднем обращении беременной к врачу в консультацию; 2) в случаях переносимости беременности; 3) при отсутствии точных данных о времени последней менструации и времени первого шевеления плода; в этом случае начало беременности можно исчислять как от первого, так и от последнего дня последней менструации; 4) при отсутствии динамического наблюдения. Весьма важно, чтобы беременная в течение беременности посетила консультацию не менее 6—8 раз. Регулярное и точное наблюдение за индексами роста матки, за состоянием и развитием плода по методу Рудакова при учете всех клинических данных резко снижает процент ошибок.

Отклонение от установленной продолжительности родового отпуска не свыше ± 10 дней, т. е. в ту или другую сторону, при преждевременных родах не следует считать ошибкой, но, повторяем, если условное отклонение укладывается в рамки от 0 до 11 дней.

В целях диагностики в первой половине беременности пользуются и другими многочисленными признаками, причем ценность каждого из них относительна. К таким признакам относится признак Гегара — размягчение в области шейки, признак Лисачека — асимметрия в области рогов матки в соответствии с прикреплением яйца. Некоторые считают возможным базироваться на очень тонком признаке — наличии желтого тела в яичнике, которое иногда удается прощупать при бимануальном исследовании.

Как уже указывалось, более объективным методом распознавания для ранних сроков является биологическая реакция, дающая самый правильный ответ при начальных сроках беременности до 3 месяцев включительно.

АНОМАЛИИ БЕРЕМЕННОСТИ

Беременность пузырным заносом. Переродившееся оплодотворенное яйцо называется заносом. Существует три вида заносов: пузырный, кровяной и мясистый.

Пузырный занос впервые был описан в 1565 г. По Яшке и Панкову, он встречается в 0,2—0,4% случаев. По Гюцману и Виллимсону, смертность при этой патологии колеблется от 13 до 30%.

Пузырный занос представляет собой особое перерождение хориона, при котором ворсинчатая оболочка превращается в пузырьки с прозрачным содержимым. Величина пузырьков колеблется от едва заметных до размеров сливы.

Перерождение при пузырном заносе состоит в разрушении синцития, сопровождающемся набуханием и некрозом стромы ворсинок.

Этиология и патогенез пузырного заноса пока недостаточно ясны. Существует теория, по которой причину образования пузырьков объясняют заболеванием яйца. Последователи децидуальной теории считают,

что причиной является децидуальный эндометрит. Ввиду встречающихся осложнений при пузырьном заносе (кровотечения, злокачественное перерождение, послеродовые заболевания) это заболевание относится к серьезным и требует своевременного распознавания.

Диагностика пузырьного заноса проста, когда при исследовании обнаруживают характерные пузырьки, но в ряде случаев при неясности симптомов встречаются затруднения.

Предположительный диагноз пузырьного заноса основывается на наличии упорных кровянистых выделений, на несоответствии величины матки сроку задержки менструаций, на отсутствии частей плода при пальпаторном или рентгенографическом исследовании, на отсутствии сердцебиения плода в сроки, когда нормально оно должно прослушиваться. Эти признаки наиболее точно выявляются при стационарном наблюдении. После установления диагноза показано опорожнение матки, которое иногда вследствие сопутствующих изменений в стенках матки таит в себе опасность перфорации. Поэтому мнения относительно характера операции расходятся: одни предпочитают инструментальное удаление пузырьного заноса, другие (В. С. Груздев) настойчиво рекомендуют пальцевое вмешательство.

Кровяной занос возникает вследствие кровоизлияний в яйцевые оболочки, в результате чего яйцо погибает в первые месяцы. В конечном итоге вследствие повторных кровоизлияний яйцо претерпевает ряд изменений. Эти изменения состоят в следующем: жидкие части крови всасываются, волокнистое вещество фибрин наслаивается, в результате чего яйцо превращается в бесформенную кровянистую массу. Иногда кровянистые заносы вынашиваются в течение нескольких месяцев, достигая величины мужского кулака и больше.

Мясистый занос встречается реже, чем пузырьный. Причина мясистого заноса лежит в заболевании яйца или зависит от общих заболеваний матери. При мясистом заносе плодное яйцо останавливается в своем развитии и подвергается характерным изменениям. При микроскопическом исследовании обнаруживается, что большая часть тканей подвергается некрозу, но наряду с этим среди массы кровоизлияний, гематом и наслоений фибрина встречаются ясно различимые ворсинки. Часть ворсинок подвергается гнилиозу и имеет вид бесструктурной массы, лишенной ядер. В ряде случаев происходит обызвествление мясистых заносов или, как их называют, мясистых полипов. К числу диагностических признаков мясистого заноса относятся: несоответствие срока беременности величине плодного яйца, субхориальные гематомы, обуславливающие выпячивание внутрь яйца и наличие характерной, описанной выше микроскопической картины, отсутствие менструаций на сроки разной продолжительности. Описаны задержки на 5—9—11½ месяцев, иногда при отсутствии каких-либо тяжелых симптомов. Эта патология при данных заболеваниях имеет судебно-медицинское значение не только как доказательство бывшей патологической беременности. Иногда она бывает предметом экспертизы по врачебным делам, когда в связи с последующими осложнениями происходит перфорация матки, что вызывает сомнения и претензии у родственников больных. Судебно-медицинское значение заносов заключается в том, что они всегда обозначают беременность.

ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

При внематочной беременности происходит прикрепление и развитие оплодотворенного яйца вне его нормального места — вне матки. Причины внематочной беременности многообразны и точно не установлены. Наи-

более признанным считается недоразвитие маточных труб, а главное воспалительные заболевания, обуславливающие различные механические препятствия на пути оплодотворенного яйца. К другим причинам относят болезни яйцевой клетки, обуславливающие ее быстрый рост, и препятствие к продвижению в полость матки.

Среди различных форм внематочной беременности по месту прикрепления и развития плодного яйца различают: 1) яичниковую (встречается очень редко, но бесспорно доказана); 2) брюшную вторичную и первичную; (для истинной брюшной беременности важен факт образования плаценты в брюшной полости); 3) трубную (наиболее частая форма внематочной беременности).

В настоящее время внематочная беременность, ее трубные формы участились и встречаются в 9—31% случаев беременности. Повторная внематочная беременность наблюдается приблизительно в 4% случаев. Развитие ее наблюдали в грыжевом мешке, культе трубы, добавочном роге и пр.

Судебно-медицинское значение внематочная беременность приобретает тогда, когда диагноз был поставлен неточно и несвоевременно, когда при распознанной или подозреваемой внематочной беременности несвоевременно была произведена операция или когда больная с подозрением на внематочную беременность несвоевременно была направлена в стационар, где ей во всякое время при явившейся надобности могла быть обеспечена операция.

Здесь может идти речь о неосторожном действии или даже халатности.

При оценке этих обстоятельств экспертизой должно быть принято во внимание, все ли возможные методы были испробованы для диагностики. В целях обеспечения правильного диагноза лечащий врач должен провести консультацию с врачом более опытным, если это допускает состояние больной, время и обстановка.

Для более точной и безошибочной диагностики следует пользоваться биологической реакцией по Ашгейму и Цондеку, о чем упоминалось выше.

БЕРЕМЕННОСТЬ НЕСОЗНАВАЕМАЯ И ВЫМЫШЛЕННАЯ

Иногда при экспертизе приходится встречаться со случаями мнимой или действительно несознаваемой беременности и с вымышленной беременностью, т. е. ее симуляцией.

Беременность несознаваемая. Может ли женщина не знать о своей беременности. В судебно-медицинской практике такие случаи встречаются. Обычно для нормально протекающей беременности как различные субъективные признаки, так и прекращение менструации могут быть женщиной неправильно истолкованы, а иногда вообще субъективные признаки могут отсутствовать не только в течение первой половины, но и в течение всей беременности. Ошибочное толкование может носить у женщины характер самовнушения, и женщины, не желающие иметь беременность, всячески стараются отвергнуть возможность ее, игнорируя и подавляя субъективные ощущения. Иногда такому самообману способствует наличие патологических кровотечений во время беременности в форме мазни в связи с наличием полипов, миом, рака, осложняющих беременность, а также при пузырьном и мясистой заносах.

Самообман чаще встречается у юных женщин, которые не хотят беременности, или у пожилых при менопаузе в возрасте климактерия. Такие лица иногда упорно отрицают возможность беременности, несмотря на несомненность диагноза. Однако каждая взрослая женщина не может

не знать о своей беременности, когда беременность перешла за вторую половину, тем более за срок начавшейся жизнеспособности плода. Это является почти обязательным при исключении особых обстоятельств, например в виде продолжающейся менструации и пр. Однако нужно иметь в виду, что очень молодые девушки, если они забеременели после однократного случайного сношения, иногда могут оставаться в неведении в отношении имеющейся у них беременности до самых родов. Беременность несознаваемая вполне допустима у слабоумных, душевнобольных, а также если женщина забеременела в бессознательном состоянии, например при изнасиловании.

Притворная беременность или симуляция беременности. Цели симуляции могут быть разнообразны. Чаще всего здесь имеет место желание повлиять на мужа или возлюбленного, а иногда в целях вымогательства денег якобы для производства аборта или преждевременных родов. Частой целью симуляции беременности является подготовка к подмене ребенка в случаях бесплодных браков. Известен классический случай с сербской королевой Драгой, которая симулировала беременность, желая затем путем получения чужого ребенка иметь наследника престола. Однако это не произошло вследствие того, что предназначенный для этой цели ребенок родился мертвым. Притворная беременность встречается в буржуазных странах и фигурирует в делах о наследстве. Наконец, она может быть предпринимаема в целях отсрочки приведения в исполнение смертного приговора. Диагностика притворной беременности основывается на всех тех признаках, которые изложены в главе о признаках бывшей беременности и родов.

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЧЕЛОВЕЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Весьма важны вопросы, связанные с определением срока беременности и родов для предоставления декретных отпусков. В этих случаях в процессе врачебного контроля в связи с социальным страхованием или со статьей 132 Кодекса законов о труде возникают дела «о переходах и недоходах» отпускаемых в декретный отпуск беременных женщин в случае предъявления последними иска ввиду неправильного вычисления декретного отпуска, а также в случаях «спорного отцовства». При подобной экспертизе научные вопросы скрещиваются с вопросами бытового и алиментного порядка.

Ответить на вопросы, возможно ли при современном уровне наших знаний точно определить продолжительность человеческой беременности вообще и в каждом отдельном случае в частности, т. е. практически возможно ли в соответствии с требованием охраны труда и страховых организаций, руководствуясь объективными данными, точно установить срок беременности, определить взаимоотношение между временем зачатия и овуляцией, между овуляцией и менструацией, установить факторы, влияющие на скорость созревания и развития плода, сказать, чем обусловился в данном случае срок наступления родов и какая точная дата родов, можно, лишь изучив анамнестические данные, документацию и данные объективного исследования.

Учитывая, что беременность как всякое биологическое явление подвержена колебаниям в отношении своей продолжительности, должны быть самым тщательнейшим образом собраны и критически оценены и взвешены все данные, относящиеся к общему состоянию женщины до родов: 1) состояние ее половых органов; 2) характер и функциональная цикличность менструаций, точные сведения о последней менструации (ее первый и последний день); 3) биологические темпы развития плода (рост и созре-

ванне). При этом необходимо учитывать факторы внешней среды, которые со своей стороны могут влиять на срок и продолжительность беременности.

Отсюда вытекает необходимость в каждом отдельном случае индивидуального подхода.

Практика судебномедицинской экспертизы показывает и учит, как осторожно и критически надо подходить к вопросу о достоверности анамнестических, субъективных данных.

Основным в данном случае является то, что беременная женщина, приходящая в лечебное учреждение — поликлинику, консультацию, родо-вспомогательное учреждение, в большинстве случаев старается возможно правильное описать свои субъективные ощущения, наступающие в разные стадии беременности, так как она заинтересована в получении квалифицированного совета. В случаях внушенной себе беременности, что особенно часто бывает у бесплодных женщин, свидетельствуемые, желая получить подтверждение врача о наличии у них беременности, заявляют о наступившем увеличении молочных желез и живота, появлении тошноты, рвоты, об ощущении движения плода и пр. В ряде случаев эти заявления не носят какого-либо целеустремленного характера и являются просто заблуждением.

Совершенно иное дело, если женщина органами суда или следствия направляется в судебномедицинскую экспертизу с определенным заданием, когда она настойчиво добивается поставленной себе цели, например получения алиментов, признания отцовства, получения декретного отпуска по беременности или, чаще, взыскания за неправильно выплаченное пособие по декретному отпуску вследствие неточного определения срока беременности. В таких случаях собираемые анамнестические сведения должны быть тщательно проанализированы путем правильно поставленных вопросов и сопоставления их с документальными данными, которые обязательно должны быть получены судебномедицинским экспертом. Если эксперт замечает, что свидетельствуемая дает противоречивые ответы, пытаясь что-либо скрыть, ей следует указать на это, так как всякая неясность может повредить выяснению истины. Тем не менее даже явно противоречивые и несуразные объяснения свидетельствуемой должны быть учтены.

При соответствующей оценке анамнестических данных эксперт должен проявлять полную объективность и дать строгий научный анализ, для чего требуется определенный кругозор.

На продолжительность беременности могут оказывать влияние социальные факторы, которые являются не безразличными для внутриутробной жизни плода. Тяжелая физическая работа в последние месяцы беременности предрасполагает к наступлению преждевременных родов, в то время как покой может удлинить продолжительность беременности. С этим может быть связана и разница в весе, росте и длине ребенка по сравнению со средней нормой, что и подтверждается обширными материалами консультаций для беременных.

Таким образом, основными моментами при определении продолжительности беременности являются: 1) анамнез; 2) дата первого дня непоявляющейся менструации; 3) дата предполагаемого совокупления, приведшего к оплодотворению; 4) время появления первых шевелений плода; 5) общее развитие новорожденного — его зрелость.

Для установления срока беременности требуются данные акушерского исследования, а для установления продолжительности беременности — данные изучения документов, карты беременной и история развития новорожденного.

Акушерский осмотр складывается из наружного и внутреннего исследования. Внутреннее исследование не следует применять у каждой беременной, однако в сомнительных случаях оно не только допустимо, но и желательно. Установление продолжительности беременности тесно связано с установлением даты ее начала, что некоторые авторы считают крайне затруднительным. Так, В. О. Мержеевский пишет: «Время зачатия, т. е. момент, когда семя встречается с яйцом, нам никогда не может быть известным». Эммерт указывает, что «точный расчет продолжительности беременности совершенно невозможен, ибо мы не знаем и не можем знать точно день, в который произошло оплодотворение яйца».

П. А. Минаков также считает чрезвычайно трудным определение дня зачатия. Каспер допускает возможность этого, но в редких случаях. В данном вопросе необходимо различать понятия «время зачатия» и «время оплодотворившего совокупления», что выясняется анализом обстоятельств дела. Эти даты иногда становятся известными в процессе клинического наблюдения, но в судебных случаях свидетельствуемые обычно ссылаются на то, что они их не помнят.

Нормальная продолжительность беременности обычно исчисляется 280 днями, что составляет 40 недель, или 10 лунных, или 9 календарных месяцев. Роды, наступающие в этот срок, считаются срочными, при наступлении же родов на несколько недель позже нормального срока их называют поздними, а беременность — переносенной. При наступлении родов на 3—4 недели раньше этого срока они считаются преждевременными, а еще более раннее прекращение беременности, до 7 месяцев, т. е. до 28 недель, считается поздним выкидышем, так как при такой длительности беременности ребенок нежизнеспособен или его жизнеспособность сомнительна.

Долгое время было принято исчислять длительность беременности от первого дня менструации до момента родов. Однако дальнейшие наблюдения показали, что между менструацией и овуляцией существуют более сложные взаимоотношения, не всегда совпадающие в хронологическом порядке.

Менструация. Весьма важным вопросом является знание точного времени ненаступившей последней менструации или времени последней менструации. Данные о цикле менструации свидетельствуемой обязательны: важно знать, путаются ли менструации или наступают в точные сроки. Если лечащему врачу, ведущему записи в истории болезни, легко установить правильность течения менструации, то судебномедицинский эксперт находится в более затруднительном положении: получить точные сведения об этом ему очень часто не удастся, так как свидетельствуемая забывает точную дату последней менструации или просто утаивает ее. Кроме того, менструальный цикл может нарушаться в связи с различными отклонениями в организме. Всякая задержка менструаций, симулирующая беременность, у женщин, живущих половой жизнью, должна обратить на себя внимание судебномедицинского эксперта.

Факт, что овуляция может происходить незаметно от менструации, что наблюдалось при аменорее военного времени, делает затруднительным исчисление точного срока беременности. Кроме того, не исключена возможность кровотечения наподобие менструации в промежутках между менструациями. Это так называемые ановуляторные кровотечения, т. е. менструации без овуляций.

Кормящая женщина при наличии у нее длительного отсутствия менструаций (лактационная аменорея) может забеременеть, и в таких случаях очень затруднительно точное определение продолжительности данной беременности.

По существу менструация, действительно, как выражаются некоторые авторы, является ежемесячным абортom неоплодотворенным яйцом.

Благодаря работам Гитчмана и Адлера, Шредера, Зейца, К. П. Улезко-Строгановой и многих других сущность изменений в слизистой оболочке матки в менструальный и межменструальный период в настоящее время достаточно хорошо изучена.

Физическое состояние слизистой оболочки матки в этом периоде проходит несколько фаз: фазу покоя — послеменструальную; фазу пролиферации, когда эпителий, выстилающий маточные железы, начинает размножаться; фазу секреторную — предменструальную; фазу менструальную, во время которой значительная часть слизистой оболочки матки разрушается, кроме основной ее части, так называемого базального слоя, из которого снова возрождается слизистая оболочка до следующей менструации. Мерцательные волоски маточного эпителия наиболее хорошо выражены в межменструальный период, отсутствуют во время менструации и снова появляются к следующей менструации.

С момента поселения, индкации (прикрепления) оплодотворенной яйцевой клетки в слизистой оболочке матки в железах последней происходит ряд изменений: эпителиальные клетки увеличиваются в объеме, протоплазма их становится более прозрачной, сами железы в первую половину беременности увеличиваются, клетки, выстилающие их, становятся выше. В яичниках также происходят изменения — образование желтого тела.

Для судебно-медицинского эксперта при определении продолжительности беременности большое значение имеет вопрос, может ли у беременных быть менструация? Физиологически этого не бывает, но в некоторых случаях наблюдаются выделения, напоминающие менструацию, часто в форме кровянистой мази, что относится к патологии и вызывается наличием полипов, эрозий, низкого или шеечного прикрепления плаценты. Несмотря на все сказанное, задержка менструаций у каждой здоровой женщины до климактерического возраста, живущей половой жизнью, является одним из ранних и постоянных признаков беременности, с которым необходимо считаться при определении начала и продолжительности беременности.

Взаимоотношение между менструацией и овуляцией. Взаимоотношение между овуляцией и менструацией давно являлось предметом многочисленных исследований. Одной из распространенных теорий в этом направлении долгое время была установка Флюгера, который трактовал менструацию как результат первого рефлекса на слизистую оболочку матки, идущего от яичника через центральную нервную систему. Причиной, вызывающей появление рефлекса, Пфлюгер считал прогрессивный рост фолликула, который благодаря своему увеличению раздражает нервные окончания, заложенные в его стенках. Когда фолликул достигнет наибольшей величины, степень раздражения доходит до такой интенсивности, что появляется рефлекс, исходящий из яичника и обуславливающий переполнение сосудов матки кровью, т. е. наступает менструация, а в самом яичнике происходит нарушение целостности оболочки фолликула, т. е. овуляция.

В соответствии с этой теорией считалось, что овуляция происходит перед самой менструацией или совпадает с ней, и эти два процесса ставили в теснейшую взаимозависимость. Позднейшие исследования не подтвердили теории Пфлюгера, хотя она имеет своих сторонников. В результате более поздние исследователи высказывали мнение (Гроссер и Цангемейстер), что по времени момент наступления овуляции длителен и овуляция может наступать во всякий момент межменструального периода.

Многие другие авторы (Гальбан и Кнауэр, Френкель и К. К. Скробанский, Р. Шредер) утверждают, что овуляция наступает между 10-м и 16-м днем после первого дня менструаций.

Менструальный период, как выше указывалось, можно разделить на четыре фазы в отношении изменений в слизистой оболочке матки в зависимости от нейро-эндокринных влияний яичника и передней доли гипофиза. Связь обоих циклов, менструации и овуляции, по современным взглядам, состоит в том, что изменения в слизистой оболочке матки, предшествующие менструации, во время менструации и после нее непосредственно связаны с яичниковым циклом, имеющим также определенные фазы.

С развитием и ростом в яичнике фолликула в последнем появляются гранулезные клетки и накапливается фолликулярная жидкость — происходит образование гормонов. Гормоны, поступая в кровь, оказывают влияние на весь организм и вызывают особые изменения в слизистой оболочке матки. В период от 14 до 16 дней после первого дня последней менструации слизистая оболочка матки изменяется, образуя толстый функционирующий слой. Чаще всего около 15-го дня происходит овуляция, после чего в яичнике образуется желтое тело, которое выделяет гормон, способствующий дальнейшему росту слизистой матки, подготавливая ее к прикреплению оплодотворенного яйца. В случае наступления беременности слизистая оболочка продолжает разрастаться и претерпевает изменения, характерные для беременности. Если яйцо не оплодотворяется, оно погибает, желтое тело рассасывается, разросшаяся слизистая оболочка матки распадается и снова появляется менструация. Практически при установлении продолжительности беременности возникает вопрос, исчислять ли момент овуляции с первого дня последней бывшей менструации или с первого дня ожидавшейся, но не пришедшей менструации. Как понятно из вышесказанного, менструации являются последствием предшествующей овуляции: несмотря на разницу в сроках овуляции, по данным разных авторов, начало последней менструации при сопоставлении с очередной, ненаступившей, имеет большое значение.

По данным М. А. Тербинской-Поповой, полученным при изучении большого материала, в появлении менструаций главную роль играет фолликулярный аппарат и преимущественно зрелый сформировавшийся фолликул. Она считает, что овуляция, т. е. «лопанье» фолликула, происходит преимущественно в период, непосредственно близкий к менструации, чаще всего в предменструальную неделю, иногда в самый менструальный период или в ближайшие дни после его окончания.

Огино, производя ряд исследований по поводу взаимоотношений во времени менструации и овуляции, пришел к выводу, что овуляция происходит в 5-дневный промежуток, который соответствует 12—16-му дню до 1-го дня ожидаемой менструации, а в случаях неоплодотворенного яйца менструация наступает на 13—17-й день после овуляции, причем Огино игнорирует продолжительность менструации и неправильности менструального цикла. Однако ряд исследований показывает, что овуляция может происходить в любой промежуток межменструального периода. У женщины, как известно, «лопанье» созревшего фолликула, в норме происходит с четырехнедельными промежутками, однако чаще всего оно наблюдается во 2-ю неделю после 1-го дня последней менструации с параллельными изменениями слизистой оболочки матки, что разделяется большинством авторов.

Следует иметь в виду, что на правильность цикла как менструации, так и овуляции могут оказывать влияние различные импульсы со стороны центральной нервной системы, а также местные воспалительные изме-

нения слизистой матки или яичника и особенно состояние желтого тела. Патология в том или другом направлении может оказывать как тормозящее, так и ускоряющее влияние на процессы овуляции и менструации. Несомненно, что в стационарных условиях у врача имеется больше возможностей для более точного определения времени наступления овуляции и функционального состояния яичников. В стационарных условиях возможно проведение нескольких тестов: 1) измерение температуры влагалища — повышение ее в связи с овуляцией; 2) определение рН шейного и вагинального секрета на предмет установления понижения кислотного титра в связи с овуляцией в близкие к овуляции дни; 3) симптом зрачка Голубевой; 4) взятие пробного цуга (кусочка слизистой оболочки) из матки в первые часы менструации; 5) изучение состояния эпителия влагалища взятием мазка.

Из этих тестов наиболее точные ответы дает определение сдвига кислотности, что может заменить не всегда выполнимый тест с взятием цуга.

Этих данных судебно-медицинский эксперт не имеет, и документация при определении беременности большей частью чрезвычайно скудна. Во всяком случае судебно-медицинский эксперт должен руководствоваться следующим положением: если яйцо не оплодотворено, оно гибнет, а совершающиеся затем вышеописанные процессы через 14—15 дней приводят к наступлению менструации. Это показывает, что менструация является следствием уже совершившейся овуляции.

ВРЕМЯ НАЧАЛА БЕРЕМЕННОСТИ, МОМЕНТ ОПЛОДОТВОРЕНИЯ

Долгое время этот вопрос оставался неясным. В настоящее время, однако, многое разъяснилось. Момент зачатия непосредственно связан с овуляцией, менструацией и временем оплодотворяющего коитуса. Свидетельствуемые иногда настойчиво указывают дату оплодотворяющего соития, особенно в делах признания отцовства. Однако к этим данным анамнеза следует относиться с большой осторожностью.

Для выяснения этого вопроса большое значение имеют следующие данные: 1) время овуляции, о чем говорилось выше; 2) длительность жизни и способность к оплодотворению выделившегося женского яйца; 3) длительность жизни и оплодотворяющая способность сперматозоидов, находящихся во влагалище; 4) наиболее благоприятное время для зачатия.

Вопросы о времени овуляции и наиболее благоприятном моменте зачатия тесно связаны. Мнение о том, что момент оплодотворения резко не ограничен известным промежутком времени и возможен на протяжении всего менструального цикла, окончательно не опровергнуто, но рядом исследований и клинических наблюдений выяснено, что самым благоприятным моментом для зачатия являются первые 9—10 дней межменструального периода. Сюда надо вносить и поправки в связи с разными циклами менструаций и их продолжительностью. Интересно наблюдение Зигеля во время первой мировой войны над женщинами, мужья которых приезжали в кратковременные отпуска: за 6 дней до менструации оплодотворение ни разу не наступало. Зигель, Огино и др. считают, что зачатие в период от 6 до 11 дней перед менструацией не наблюдается. Однако это противоречит сообщениям М. А. Тербинской-Поповой, согласно которым оптимальным сроком зачатия надо считать период от 7 до 9 дней перед наступлением менструации. В этом вопросе, однако, имеется много спорного. Дан-

ные, приведенные в работах Огино Кнауса о так называемых бесплодных днях и о днях, наиболее благоприятных для оплодотворения, многочисленными проверками других исследователей (Больфино, К. К. Скробанский и др.) опровергнуты. Оказалось, что оплодотворение возможно не только после менструации, но и в последние дни межменструального периода перед ожидаемой менструацией.

По данным И. И. Яковлева и Е. П. Петровой, изучавших биофизическими методами течение менструального периода, время наступления овуляции колеблется от 12-го до 15-го дня межменструального периода. Клинические наблюдения Е. Я. Ставской над большим числом женщин, имевших симптомы овуляции в межменструальном периоде (нагрубание молочных желез, боли внизу живота, тошнота, иногда кровянистые выделения), позволили автору сделать заключение, что время овуляции в большинстве случаев приходится на середину межменструального периода. Что же касается периода зачатия, то, по данным Феоктистова, оно в 77% случаев наступает в первые 10 дней после начала последней менструации.

Женская половая клетка, сохраняет способность быть оплодотворенной очень короткое время: по мнению одних авторов, только в течение нескольких часов, по мнению других, от 2 до 3 дней.

Длительность продвижения яйцевой клетки зависит от многих причин и колеблется в пределах от нескольких дней до недели. В зависимости от этого различно определяются и сроки последней (нидации) яйцевой клетки в матке. Надо полагать, что нидация совершается незадолго до менструации, когда в матке имеется функционирующий слой слизистой оболочки, способствующий внедрению яйцевой клетки. В. С. Груздев срок нидации исчисляет 4—8 днями.

Длительность жизни сперматозоидов весьма незначительна — 48 часов. Д. О. Отт и В. С. Груздев, основываясь на своих наблюдениях, утверждают, что сперматозоиды в половых органах женщины могут жить более долгое время.

Приводим способ вычисления продолжительности беременности по формуле Негеле: к первому дню последней менструации прибавляют 7 календарных дней или, что все равно, отсчитывают вперед 9 месяцев. Пример: если 1-й день последней менструации был 1 июля, то роды следует ожидать 1 июля + 7 дней — 3 месяца, т. е. 8 апреля следующего года.

По другой формуле к 1-му дню последней менструации прибавляют 7 дней и вычитают 92 дня, т. е. длительность беременности исчисляется равной 280 дням, а именно: $365 + 7 - 92 = 280$ дней. Из предыдущего видно, что момент зачатия зависит от многих причин и случайностей, и следовательно, срок родов и продолжительность беременности, вычисляемые по этим формулам, часто не совпадают, в связи с чем получаются средние цифры.

Бертольд высказал предположение, подкрепленное точными наблюдениями, что у женщины с правильным менструальным циклом роды наступают в срок, когда яичник готовится к менструации, возвращающейся в 10-й раз. Это время он находит, умножая на 10 правильный менструальный период и вычитая из этого числа 12. Женщина, у которой менструации появляются каждые 28 дней, должна иметь роды на 268-й день после дня окончания последней менструации. Этот метод точно проверил Шредер, причем в ряде случаев он подтвердился, а в ряде случаев не оправдал себя.

К вышеизложенному о взаимоотношении овуляции и зачатия надо добавить следующее: овуляция и момент зачатия могут совпадать, если женщина живет половой жизнью с правильными промежутками. В таких случаях сперматозоиды, годные к оплодотворению, постоянно находятся

в женских половых органах. При однократном совокуплении зачатие наступает не сразу, а через известный промежуток — несколько часов, если яйцо уже спустилось по фаллопиевой трубе. Для оплодотворения яйца в трубе требуется несколько часов, а иногда несколько дней. Для того чтобы яйцо достигло полости матки и там прикрепилось, требуется несколько большее время.

Продолжительность беременности можно приблизительно рассчитать так: сперматозонды в половых органах живут около 48 часов, женское яйцо способно к оплодотворению несколько часов, у совершенно здоровой женщины овуляция происходит через 14—15 дней после 1-го дня ожидавшейся, но не наступившей менструации. Прибавив 2 дня на возможные биологические колебания, имеем примерно дату возможного зачатия.

В. С. Груздев, К. К. Скробанский и др. предлагают исчислять продолжительность беременности от даты оплодотворяющего полового сношения. Считают, что роды обычно наступают через $38\frac{1}{2}$ недель, т. е. 267—273 дня после него. От даты оплодотворяющего полового сношения отсчитывают 3 календарных месяца, прибавляют к полученной цифре 3—5 дней и получают дату наступления родов. Принципиально вычисление длительности беременности от оплодотворяющего сношения является более точным, чем дата 1-го дня менструации, но получить достоверные данные из анамнеза об оплодотворяющем половом сношении точно не всегда возможно.

При определении времени зачатия возникает также вопрос о возможности зачатия при половом сношении во время менструации, так как на этом иногда настаивает свидетельствуемая.

Как выше упоминалось, менструация, при которой происходят деструктивные изменения в слизистой оболочке матки, является следствием уже состоявшейся овуляции, а выходение яйца из фолликула осуществляется в межменструальном периоде, т. е. в некоторый промежуток до менструации. Следовательно, учитывая кратковременную оплодотворяющую способность сперматозоида, такую возможность зачатия следует считать маловероятной.

При установлении продолжительности беременности и экспертизе отцовства иногда возникают вопросы возможности сверхоплодотворения *superfoecundatio*, т. е. оплодотворения нескольких яиц одного и того же овуляционного периода сперматозоидами разных мужчин или разными сперматозоидами одного и того же мужчины, и сверхзарождения *superfoetatio*, т. е. зачатия в состоянии беременности, в результате чего беременность из одноплодной превращается в многоплодную. Мнения по этому поводу расходятся. Некоторые авторы совершенно не допускают возможности сверхзачатия. Другие, например В. С. Груздев, Славянский, Флоринский, теоретически считают это возможным.

Совершенно ясно, что сверхзарождение становится невозможным, когда путь в матку для сперматозондов окончательно прегражден. Однако это наступает только в средние сроки беременности, на IV месяце, когда плодное яйцо заполняет всю полость матки и когда *decidua reflexa* и *decidua vera* спаиваются. При полных раздвоениях матки, а также при внематочной беременности сверхзарождение может произойти. Сочава опубликовал случай, в котором при двойной матке и двойном влагалище имела место беременность в обеих матках (в одной трехмесячная и в другой одномесячная). Во всяком случае, если теоретически сверхзачатие и допустимо, то оно представляет исключительную редкость, так как с наступлением беременности овуляция, как правило, прекращается.

ПЕРВЫЕ ШЕВЕЛЕНИЯ ПЛОДА. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ БЕРЕМЕННОСТИ И ВРЕМЕНИ НАСТУПЛЕНИЯ РОДОВ

Первые шевеления плода относятся к анамнестическим данным и являются субъективными ощущениями беременной, хотя могут быть подтверждены и при выслушивании. Время первого шевеления плода, ощущаемого беременной, относят к 19-й или 20-й неделе, считая с 1-го дня последней менструации. Первобеременные шевеление ощущают и замечают позже, обычно на 140—137-й день, а повторнобеременные на 130-й день. Осведомившись у свидетельствуемой о 1-м дне последней менструации, а также о том, в каком месяце и какого числа она почувствовала шевеление плода, и прибавив у первобеременной 5 календарных, а у повторнобеременных 5 месяцев без 5 дней, можно определить дату ожидаемых родов, а следовательно, и продолжительность беременности.

Однако пользоваться этим признаком следует с большой осторожностью, так как ощущения беременных часто бывают весьма субъективными. Некоторые женщины принимают за движение плода кишечную перистальтику и нередко относят подобные ощущения по времени то слишком рано для шевеления плода, то слишком поздно. Поэтому данный признак не вполне точный.

Время первого ощущения движения плода зависит от напряженности внимания и наблюдательности беременной, а также от напряженности ожидания шевеления. Кроме того, сила и активность движения плода зависит от его развития и его мышечной системы, количества околоплодных вод, окружающих его, толщины брюшных стенок беременной, прилегания к ним тела матки, вздутия кишечника беременной и некоторых патологических факторов, которые могут вызывать дефекты кровообращения у плода, а также от ряда психогенных условий. Так как этот признак иногда оставляет у беременных неясности и сомнения, его следует сопоставлять с 1-м днем последней менструации, с предполагаемым сроком овуляции в данном случае, а также со временем предполагаемого зачатия. Все эти данные судебно-медицинский эксперт должен собрать, если ему придется определять у беременной срок предполагаемых родов для контрольной проверки при отказе беременной в декретном отпуске, на что она жалуется суду. Гораздо труднее определить продолжительность беременности в делах «о спорном отцовстве», если в материалах дела отсутствуют многие данные. Опыт показывает, что в таких делах документация бывает ограничена или неточна, а иногда и утаивается.

При экспертизе спорного отцовства должны быть разрешены две проблемы — биологическая и юридическая.

В дореволюционном законодательстве России максимальный срок продолжительности беременности был ограничен 306 днями. Минимальным сроком, в течение которого мог развиваться жизнеспособный, но незрелый плод считали 180 дней.

Кодекс законов о браке, семье и опеке РСФСР не предусматривает такой даты, и это правильно, так как продолжительность беременности в каждом отдельном случае должна устанавливаться индивидуально, причем иногда она не совпадает с показателями зрелости плода, о чем будет сказано ниже. По данным разных авторов, наблюдались следующие колебания сроков беременности: по И. И. Богрову — от 242 до 322 дней, по Письменному — от 250 до 302 дней, в среднем 278,8 дня, по Исмеру — от 260 до 304 дней, по Идельсону — 278,8 дня, по Бебчуку — 280,43 дня, по Жордания — 280,5 дня, по Зильберману — от 210 до 334 дней, в среднем 281,19 дня.

Как показано выше, продолжительность беременности у женщин имеет значительные колебания. Новорожденные со всеми признаками доношенности могут родиться раньше и позднее среднего срока. С другой стороны, у новорожденного, имеющего длину 50 см и вес 3000 г, могут отмечаться признаки недоношенности. Статистические данные на большом материале показывают, что признаки зрелости ребенка в отрыве от других показателей могут не давать точного указания на продолжительность беременности, т. е. на срок внутриутробного развития плода.

В отношении взаимосвязи беременности и зрелости плода имеются диаметрально противоположные высказывания, подкрепляемые личными наблюдениями авторов. Зейц допускает возможность родов зрелым плодом при беременности от 250 до 300 дней. Наименьшей продолжительностью беременности он считает 226 дней. По наблюдениям Керера, дети с присущими им признаками зрелости могут рождаться уже на 230-й день и 200—210-й день. В противоположность ему Потен утверждает, что возможность рождения зрелых плодов раньше 250 дней до сих пор никем не доказана. Потен приходит к выводу, что эксперт имеет право говорить о явной невозможности дать определенное заключение, если от момента оплодотворения до родов прошло меньше 250 дней.

Нюренбергер, применив закон теории вероятности, произвел в этом направлении исследование и пришел к выводу, что в 99,74% родов зрелым плодом продолжительность беременности колеблется в пределах от 250 до 298 дней. Случаи же с меньшей продолжительностью беременности являются большой редкостью, а именно продолжительность 240 дней встречается один раз на 90 000 родов, 235 дней — один на 2 000 000 и 234 дня — один раз на 3 300 000 родов.

При экспертизе установления отцовства важно проанализировать взаимоотношение между продолжительностью беременности и степенью зрелости плода.

Понятие зрелости не отражает точно ограниченной и постоянной, единой величины. Зрелость плода является совокупностью признаков, различных по своему качеству, ценности и времени появления их у плода.

Точное заключение о зрелости плода можно дать только после тщательного наблюдения в течение 4-й недели после родов, причем для этого необходимо руководствоваться не только показателями измерений, но и мнением педиатра, наблюдающего за общим развитием данного ребенка. Подчеркиваем еще раз, что самым существенным и ценным признаком является длина, а не вес. Все остальные признаки зрелости непостоянны или бывают неявно выражены. Несмотря на разноречивость в высказываниях авторов, серьезные наблюдения позднейшего времени показали, что новорожденные длиной 50—52 см соответствуют 280 дням продолжительности беременности, вес же не относится к решающим признакам.

При судебно-медицинской экспертизе иногда возникает вопрос о переносимости беременности. Это понятие трактуется по-разному. Правильно будет переносимой беременностью считать такую, когда роды наступают позднее 300 дней. Некоторые удлиняют этот срок до 302 дней. По статистическим данным, переносимая беременность встречается один раз на 100 000 родов. Письменный отмечал переносимую беременность у 5%, а Толочинов — у 7% женщин. Е. Я. Ставская специально изучила вопрос о перенашивании беременности на материале 20 761 родов в двух учреждениях. При анализе своего материала она считала перенашиванием такие случаи беременности, в которых при вычислении времени родов по 1-му дню последней менструации или первого движения плода имелось перенашивание не менее 10 дней. Максимум перенашивания равнялся 3 неделям у 60% беременных. В одной пятой части всех случаев перенашивания

(2,66% родов) длительность беременности составляла 308 дней и более. Возраст матерей, по материалам Е. Я. Ставской, на перенашивание беременности заметного влияния не оказывал, но все же роженицы в возрасте 25—29 лет встречались среди перенашивающих чаще. В числе 2088 переносенных детей, по материалам Е. Я. Ставской, мальчиков было 53%, а девочек — 47%. Таким образом, при перенашивании как на материале Е. Я. Ставской, так и на материале других авторов отмечается преобладание мальчиков. Средняя длина у 2063 переносенных детей равнялась 51 см, длина мальчиков 51,3, а девочек — 50,6 см. Дети с длиной тела выше верхней границы нормы (52 см и больше) встретились в 729 случаях, т. е. у 35,3% всех переносенных, а с длиной тела 54 см — у 13,25% переносенных.

Переносенные беременности и перезрелые дети относятся к довольно редким явлениям, но в каждом отдельном случае требуется пунктуальная точность и правильность измерений. Это важно потому, что вопрос о перенашивании, исчисляемом по длине плода, где важен каждый сантиметр, имеет большое судебно-медицинское значение.

Пеллер и Бассе на материале Венской акушерской клиники за 1912—1913 гг. (мирное время) и за 1920—1922 гг. (военное время) показали зависимость продолжительности беременности от состояния в так называемом законном и незаконном браке, а также от нахождения беременной до начала родов в условиях домашней обстановки или наемного труда, в доме матери и ребенка или в клинике в течение 2—3—4 недель. В связи с этими условиями получались резкие варианты продолжительности беременности — от 199 до 320 дней и более, чему соответствовала надлежащая длина и вес ребенка, причем у поворожденных девочек вес и длина были обычно меньше, чем у мальчиков. Кроме этих наблюдений, из жизни хорошо известно, что при соответствующем режиме продолжительность беременности может удлиняться на 1—2—3 недели и наоборот. При выполнении тяжелой физической работы, особенно без привычки к ней, а также при несоблюдении гигиенического режима продолжительность беременности может сократиться на 1—2 недели. По исследованиям Альфреда, в 653 случаях средняя продолжительность беременности у женщин равнялась 271 дню, однако этому дню соответствовало только 3,52% рождений. Наибольший процент (27,56) приходился на 39-ю неделю, несколько меньший (26,19) — на 40-ю неделю. По Мерримену, из 114 доношенных детей только 9 были рождены через 280 дней. Следовательно, 92% детей были рождены позже этого времени, из них 22 — на 41-й неделе, 15 — на 42-й неделе, 10 — на 43-й неделе, один — на 303-й день, один — на 305-й день и 2 — на 306-й день.

Эльзессер при изучении 250 случаев установил, что беременность продолжалась у 27,3% женщин более 250 дней, а именно у 24% — 290 дней, у 1,1% — до 300 дней и у 2,2% — до 306 дней. Относительно перенашивания беременности в литературе наряду с достоверными случаями описываются курьезные и баснословные.

Небезынтересен случай, взятый Каспером у Петита, одного из самых ярых защитников частоты поздних родов, который Парижская академия наук не постыдилась поместить в свои мемуары¹. Одна женщина в местечке Жуарр была беременна 3 года и родила потом крепкого и здорового мальчика. На X месяце она почувствовала боли, при этом отошло полведра воды. Достоверность этого «факта» была засвидетельствована бургомистром местечка, нотариусом и двумя хирургами! Заключение Петита, относящееся к этой «правдивой истории», помечено: «Париж, 2 января 1765 г.»

¹ «Recueil de pieces a la question naissances tardives». Amsterdam, 1766.

и надписано 13 профессорами факультета и 13 главными докторами больниц. Этот случай доказывает, что к старинным наблюдениям, особенно очень курьезным, следует относиться с крайней осторожностью даже в тех случаях, если эти наблюдения помещены в самых серьезных сборниках. Конечно, в этом случае можно допустить, что в 10 месяцев у женщины произошли одни роды, может быть при наличии бумажного плода или запоздалого аборта, а затем она вскоре забеременела и родила второй плод, о котором упоминается, будто бы он пробыл 3 года в полости матки.

Переходя к заключительной части данной главы, необходимо подытожить те факторы, которые при настоящем уровне современной науки могут быть приняты во внимание при определении продолжительности беременности и времени наступления родов, что приобретает особое значение в делах о «спорном отцовстве».

Колебания продолжительности беременности находятся в зависимости от совокупности ряда условий, в числе которых, помимо указанных выше, главнейшее значение принадлежит состоянию нейро-эндокринной системы, возрасту женщины, количеству предшествующих беременностей, структуре последа, степени развития плода, характеру менструального цикла и анамнезу, который в случае точности данных может представлять большую ценность. В наступлении родов иногда решающее значение имеет содержание в крови продуктов метаболизма гормонов, а именно прогестерона и выход его в качестве прегнандиола. Вслед за обеднением крови прогестероном развивается повышенная возбудимость мускулатуры матки, что приводит к преждевременному наступлению родов.

А. А. Лебедев и А. В. Рудаков пробовали применить метод определения срока беременности по предполагаемому весу внутриутробного плода с учетом различных отклонений его развития. В конечном результате они пришли к заключению, что этим методом при дополнении его некоторыми добавочными признаками, например состоянием матки, удастся более точно определить момент выдачи родового отпуска, а тем самым и установить продолжительность беременности.

Этот метод по существу основывается на измерении площади занимаемой плодом, после чего на основании таблиц вычисляют вес плода, который соответствует времени срока беременности. При известном навыке и опыте возможно получить ориентировочные данные, которые в сочетании с другими показателями могут помочь установлению срока беременности и времени ожидаемых родов.

Как указано выше, высота стояния дна матки от симфиза ежемесячно увеличивается на 4 см, что также является показателем срока беременности.

Для установления срока беременности по длине плода клиницисты пользуются формулой Гаазе, согласно которой длина плода в сантиметрах в первые 5 месяцев беременности равняется числу месяцев в квадрате, а после 5 месяцев — числу месяцев, умноженному на 5. Таким образом:

К концу	I	месяца	длина	плода	составит	$1 \times 1 = 1$	см
»	II	»	»	»	»	$2 \times 2 = 4$	»
»	III	»	»	»	»	$3 \times 3 = 9$	»
»	IV	»	»	»	»	$4 \times 4 = 16$	»
»	V	»	»	»	»	$5 \times 5 = 25$	»
»	VI	»	»	»	»	$6 \times 5 = 30$	»
»	VII	»	»	»	»	$7 \times 5 = 35$	»
»	VIII	»	»	»	»	$8 \times 5 = 40$	»
»	IX	»	»	»	»	$9 \times 5 = 45$	»
»	X	»	»	»	»	$10 \times 5 = 50$	»

Длину плода можно измерить при помощи тазомера. Одну ножку тазомера ставят на головку плода, а другую — на тазовый конец. Величину расстояния между ножками тазомера умножают на 2, так как плод в матке сложен вдвое.

При установлении отцовства суд всегда требует точного ответа, какова была продолжительность беременности? Ребенок должен быть жизнеспособен. При родах раньше 30 недель ребенок редко бывает жизнеспособным. Самая низкая граница жизнеспособности — 28 недель, или 195 дней от 1-го дня последней менструации, или 181 день после зачатия.

При определении доношенности новорожденного необходимо ориентироваться не только на длину и вес, но и на сумму остальных признаков, характеризующих зрелость плода, сопоставив их с продолжительностью беременности. Здесь уместно напомнить признаки доношенности, зрелости плода. К ним относятся хорошее развитие подкожножирового слоя, розовая кожа, пушок, выраженный только на плечевом поясе, на верхних отделах спины и плечах. На голове волосы имеют длину не менее 2—3 см, брови и ресницы достаточно выражены. Хрящи ушных раковин и носа плотны. Ногти пальцев рук твердые, заходят за кончики пальцев. Пуповина расположена между симфизом и мечевидным отростком или несколько ниже. У мальчиков яички спустились в мошонку, у девочек клитор и малые губы прикрыты большими губами. Зрелый плод проявляет активность, издает ясный звук, двигает конечностями. Приводим результаты измерений размеров тела новорожденных по Коккелю (табл. 5).

Таблица 5

Показатели	Конец месяца беременности			
	VII	VIII	IX	X
Длина в см	36—37	39—42	44—47	50—55,5
Вес в г	1500—1700	1500—2500	1700—2700	3200
Размеры головки в см:				
окружность	—	—	26—32	34,5
длина	—	9,1—9,8	8,5—10	10,8—11,5
поперечник	—	6,5—7,1	7—8	8,5—9,2
Ширина плеч в см	—	8—9	8—11	12,5—13
Длина костей бедра в см	4,6	4,8—5	—	9,4
Длина пуповины в см	42—46	46—47	47—51	47—55,5
Вес плаценты в г	375—450	450—400	460—480	540

Как видно из таблицы Коккеля, самым постоянным показателем является длина плода. Остальные величины колеблются, правда, в незначительных пределах.

Уменьшение числа ошибок в определении 32-недельной беременности в практике лечебных акушерско-гинекологических учреждений в значительной мере основано на систематическом наблюдении и регулярной явке беременных, которые последовательно подвергаются регулярным измерениям, взвешиваниям и прочим методам исследования. При судебно-медицинской экспертизе свидетельствуемая обследуется не периодически, а один или два раза. Поэтому для судебно-медицинского эксперта весьма важно получение полной медицинской документации о течении беременности, о родах, послеродовом периоде и развитии новорожденного по крайней мере в течение 10 или 14 дней.

Для установления подлинности отцовства применяют также метод портретного сходства. Для этого прежде всего пользуются сходством обыч-

ных черт лица, окраски волос, цвета глаз, характера общего телосложения и другими подобного рода индивидуальными особенностями.

В качестве косвенного доказательства применяют дактилоскопию — сравнение рисунков линий на ладонной поверхности мякоти большого, указательного и среднего пальцев руки. Добавочным доказательством может служить и определение группы крови. Такие исследования должны быть поручены особым специалистам.

Следует, однако, заметить, что при настоящем уровне знаний добавочные методы определения отцовства не могут считаться бесспорными и поэтому имеют лишь относительное значение.

Резюмируя все сказанное выше о ранних и поздних признаках беременности и о продолжительности человеческой беременности, следует еще раз подчеркнуть следующие важнейшие пункты в этом вопросе.

Ценность анамнестических данных может быть принята во внимание, если анамнез точен и документально подтвержден материалами родильного дома или женской и детской консультаций.

Первый день последней менструации дает ориентировочные данные о возможности времени зачатия и продолжительности беременности.

День последнего соития, если оно было однократным или повторным на протяжении очень короткого срока, может иметь значение для вычисления продолжительности беременности.

Время наступления овуляции подвержено колебаниям, но чаще всего овуляция происходит в последние дни 2-й недели с 1-го дня последней менструации. Вероятными признаками состоявшейся овуляции служат: повышение температуры влагалища, наличие зрачка по Голубевой и установленное исследованием биофизических процессов (И. И. Яковлев и Е. П. Петрова) при менструальном цикле изменение сенсорной, кожной, двигательной чувствительности в зависимости от периода цикла. Выяснено, что в середине цикла наблюдаются колебания, по-видимому, совпадающие с овуляцией. Такие колебания имеют место на 12—16-й день межменструального интервала.

Наши многочисленные наблюдения не подтвердили точности заключений Огино-Кнауца, так как овуляция у женщины может происходить в разные промежутки межменструального периода, с чем согласны и другие авторы, например К. К. Скробанский.

Начало первого шевеления плода имеет ориентировочное значение. Первобеременные ощущают его позднее, повторобеременные — около 20 недель. Более верным показателем в этом отношении может служить время установления врачом, наблюдающим беременную, начала шевеления, зафиксированное в истории родов.

Для судебно-медицинской экспертизы большое значение имеют все данные о состоянии женщины и ребенка, полученные из женской и детской консультаций, а также родильного дома. При этом важны не справки, а копии истории родов, карта беременной и история развития новорожденного, в которых имеются динамические наблюдения.

Среди ряда признаков зрелости плода, а также его доношенности первостепенное значение имеет длина плода в совокупности с остальными признаками.

Продолжительность беременности в большинстве случаев соответствует 280 дням, т. е. 40 неделям — 10 лунным или 9 календарным месяцам. Однако большинство акушеров-гинекологов и судебных врачей допускает уменьшение ее до 250 дней и менее, а также возможность перенашивания до 310 дней и больше.

При перенашивании беременности матка обнаруживает малую потенцию к сокращению, вялость и инертность.

Вес переносимых плодов значительно превышает средний нормальный вес, иногда достигая 4400—5000 г. Плоды часто погибают в связи с деструктивными изменениями в последе или в результате родового травматизма после оперативного вмешательства, которое в ряде подобных случаев являлось неизбежным.

При наличии суммы определенных признаков человеческой беременности судебно-медицинский эксперт с большим приближением может в каждом отдельном случае установить срок продолжительности беременности.

Советское «алиментное законодательство» в отличие от законодательств капиталистических стран совершенно реально разрешает споры об отцовстве и алиментах при так называемой множественности отцов. Никакие ссылки ответчика на якобы легкомысленный образ жизни истицы, утверждения, что истица находилась в половых отношениях «с кем-то», по нашему законодательству не ведут к прекращению спора об отцовстве. В тех случаях, когда ответчик конкретно ссылается на определенное лицо или сама истица указывает, что к моменту зачатия ребенка она находилась также в половых отношениях с другим лицом, последнее вызывается в суд в качестве соответчика, и суд должен одного из ответчиков признать отцом ребенка со всеми вытекающими отсюда последствиями.

По данным юриста С. Е. Копелянской, из 300 алиментных дел большинство (78,4%) относятся к бракам зарегистрированным, т. е. большинство алиментных исков возникло не в результате легкомысленных случайных связей, а в результате юридически оформленных зарегистрированных браков, 18,8% относятся к не зарегистрированным бракам, 1,4% — к случайным связям и в 1,4% случаев форма брачных взаимоотношений осталась невыясненной. По вопросу о личной ответственности врача за ошибку в определении срока беременности как в сторону «недохода», так и в сторону «перехода» необходимо руководствоваться следующими соображениями.

Если история болезни точно отражает все диагностические приемы, которые были предприняты для уточнения распознавания срока беременности и родов, то ошибку в 2 недели как в сторону «недохода», так и в сторону «перехода» нельзя считать небрежностью или халатностью. Такая неточность в диагностике особенно возможна, например при однократной явке беременной, т. е. при отсутствии динамического наблюдения за течением беременности. В случае неоднократного обследования беременной при отсутствии у нее патологии неправильное определение срока беременности и родов может зависеть от небрежных действий или, чаще, от неопытности врача, дающего декретный отпуск.

ЭКСПЕРТИЗА ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА, НЕДАВНИХ И БЫВШИХ РОДОВ

Экспертиза по этому поводу производится в делах о детоубийстве, когда приходится решать вопрос, была ли свидетельствуемая беременной, какого срока, когда у нее произошли роды и имеются ли в настоящее время признаки послеродового состояния. При установлении факта поджидывания, а также при оставлении новорожденного без помощи главная роль принадлежит следствию, но судебно-медицинский эксперт устанавливает состояние организма женщины и ее половых органов для определения времени недавних родов или отсутствия таких признаков. Подобная экспертиза производится также в случаях симуляции беременности, якобы закончившейся родами.

ДИАГНОСТИКА ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА И БЫВШИХ РОДОВ

Послеродовой, или пуэрперальный, период следует непосредственно за родами. Это тот период, когда в организме роженицы обратно развиваются изменения, возникшие во время беременности и родов. Продолжительность послеродовой инволюции при нормальных условиях составляет обычно 6—8 недель. Инволюция протекает значительно быстрее, чем нарастают признаки беременности. Началом послеродового периода считается рождение последа. За этим начальным периодом следует постепенное сокращение и уменьшение матки, а также характерные изменения в молочных железах и их секреции.

Скорость и последовательность обратной инволюции всего организма и половых органов тесно связаны с характером течения родов, кормлением и прочими условиями. Так, у не кормящих женщин при длительной задержке последа или при оперативном его удалении, при осложнении послеродового периода инфекцией, если женщина после родов рано приступила к работе, не соблюдает гигиенического режима, послеродовой период может удлиняться, а если роды осложняются механическими повреждениями (разрыв шейки, разрывы промежности и пр.), он может затягиваться.

По завершении послеродовой инволюции остаются необратимые анатомические особенности, которые служат руководящими признаками недавних и давних родов. Эти признаки, ввиду их постоянства и необратимости, получили название «печати материнства». У большинства женщин так называемая печать материнства остается навсегда если не на наружных, то на внутренних половых органах.

Необходимо иметь в виду, что в редких случаях благодаря хорошей сопротивляемости организма, а также при больших восстановительных возможностях организма у некоторых женщин беременность и роды не оставляют никаких следов и признаков, и поэтому такие женщины ничем не отличаются от нерожавших.

Признаки бывших родов надо разделять на преходящие и стойкие. Более важное значение в судебно-медицинском отношении имеют стойкие признаки.

К числу преходящих признаков, наблюдаемых не у всех женщин, относятся явления общего характера: бледность, слабость, влажность кожи, ускорение или замедление пульса. Эти признаки существуют 2—3 суток. Степень выраженности их индивидуальна. Обычно они наблюдаются медицинским персоналом или лицами, оказавшими помощь родильнице, но для судебно-медицинского эксперта большого значения не имеют, так как в этой стадии женщины редко подвергаются экспертизе. К этому следует прибавить, что женщины, тайно родоразрешающиеся и заинтересованные в сокрытии родов, силой воли стараются побороть свою слабость и держатся бодро.

Обнаружение на теле или белье женщины желто-зеленых, черноватых пятен первородного кала ребенка — мекония — является относительным доказательством недавних родов. Эти следы должны быть подвергнуты микроскопическому исследованию. Для мекония характерны так называемые мекониевые тельца. Эти тельца желто-зеленоватого цвета с коричневым оттенком, сильно преломляющие свет. Цвет их зависит от пропитывания желчью.

К несомненным, постоянным и стойким признакам недавних родов и послеродового периода относятся: 1) изменения в молочных железах; 2) изменения в наружных покровах тела: пигментация, полосы растяжения, нарушение тонуса брюшных стенок; 3) изменения в наружных и внутренних половых органах: во влагалище, шейке матки, связочном аппарате, а также в промежности.

Изменения молочных желез

Молочные железы в течение беременности и особенно в послеродовом периоде резко увеличиваются в объеме и начинают функционировать, т. е. проявляют свою лактационную, молокоотделительную, деятельность. Молочные железы у достигшей половой зрелости женщины представляют собой полушаровидные возвышения, расположенные на передней поверхности больших грудных мышц и отделенные друг от друга глубокой бороздой.

Верхняя граница молочной железы соответствует III ребру, а нижняя — VII ребру. В поперечном направлении молочная железа простирается от края грудины до передней границы подмышечной впадины. Величина и форма ее находится в зависимости от возраста, индивидуальных особенностей, а также от функционального состояния женщины. Тонкий и гладкий кожный покров молочной железы отличается нежностью. На середине выпуклости молочной железы, соответственно уровню V ребра, расположен околососковый кружок в форме пигментированного участка кожи, в центре которого находится грудной сосок. Положение сосков и околососковых кружков будет тем ниже, чем меньше упругость тканей железы и чем больше она отвисает.

В области околососкового кружка имеется некоторое количество добавочных молочных долек. Они расположены поверхностно, увеличиваются во время беременности и обуславливают бугристость околососко-

вого кружка. Молочные железы, кроме соединительной жировой ткани, состоят из 10—15 долей, направленных верхушкой к соску: каждая доля имеет свой выводящий млечный проток с млечными отверстиями, расширяющимися при вступлении в вершину соска. Млечные отверстия числом от 8 до 15 открываются на верхушке соска, между складочками кожного покрова. В коже околососкового кружка расположены сальные и потовые железы. Как указывалось выше, соски имеют разнообразную форму.

В противоположность другим железам, которые работают непрерывно, деятельность молочных желез разворачивается только в определенные периоды жизни женщины — во время беременности и в послеродовом периоде.

У беременных отделяется молозиво, а у родильниц первые 1—2 дня молозиво, а затем молоко. В дальнейшем у родильниц процесс отделения молока протекает различно, в зависимости от того, кормит ли она грудью или не кормит. Если женщина не кормит ребенка, молочные железы вначале сильно нагрубают, затем отделение молока прекращается, молочные железы уменьшаются и некоторое время выделяют молозиво. После этого молокообразующая функция молочных желез прекращается до наступления новой беременности.

Функциональная, т. е. секреторная, деятельность молочных желез тесно связана с импульсами со стороны центральной нервной системы. М. М. Миронов экспериментально установил, что отделение молока находится в зависимости от центральной нервной системы. Нервные импульсы передаются по ларужному семенному нерву *pernus spermaticus externus*, но, кроме того, в самой молочной железе не исключена возможность влияния интерорецепторов, участвующих в секреторной деятельности молочных желез. Очень интересно по этому поводу мнение И. П. Павлова: «...Возможно предположить одно, а именно, что акт родов сопровождается изменениями в самом химическом составе соков организма и что измененные соки, достигая молочной железы, вызывают ее деятельность». В настоящее время экспериментально и клинически установлено, что ряд желез — яичники, гипофиз — и плацента, а также плод посылают нейрогенные и нейро-эндокринные импульсы через центральную нервную систему, влияя на функциональную деятельность молочных желез.

Для уточнения послеродового состояния судебно-медицинский эксперт должен в каждом случае уметь произвести исследование секрета молочных желез (рис. 59), так как состав его дает ценные указания о сроке бывших родов.

При микроскопическом исследовании секрета молочных желез после окраски слабым раствором йода различимы молочные шары и молозивные тельца, величина которых неодинакова в разные периоды беременности и послеродового состояния, что может служить критерием для распознавания срока беременности и бывших родов. Молочные шарики и молозивные тельца образуются из отторгшихся частей эпителиальных

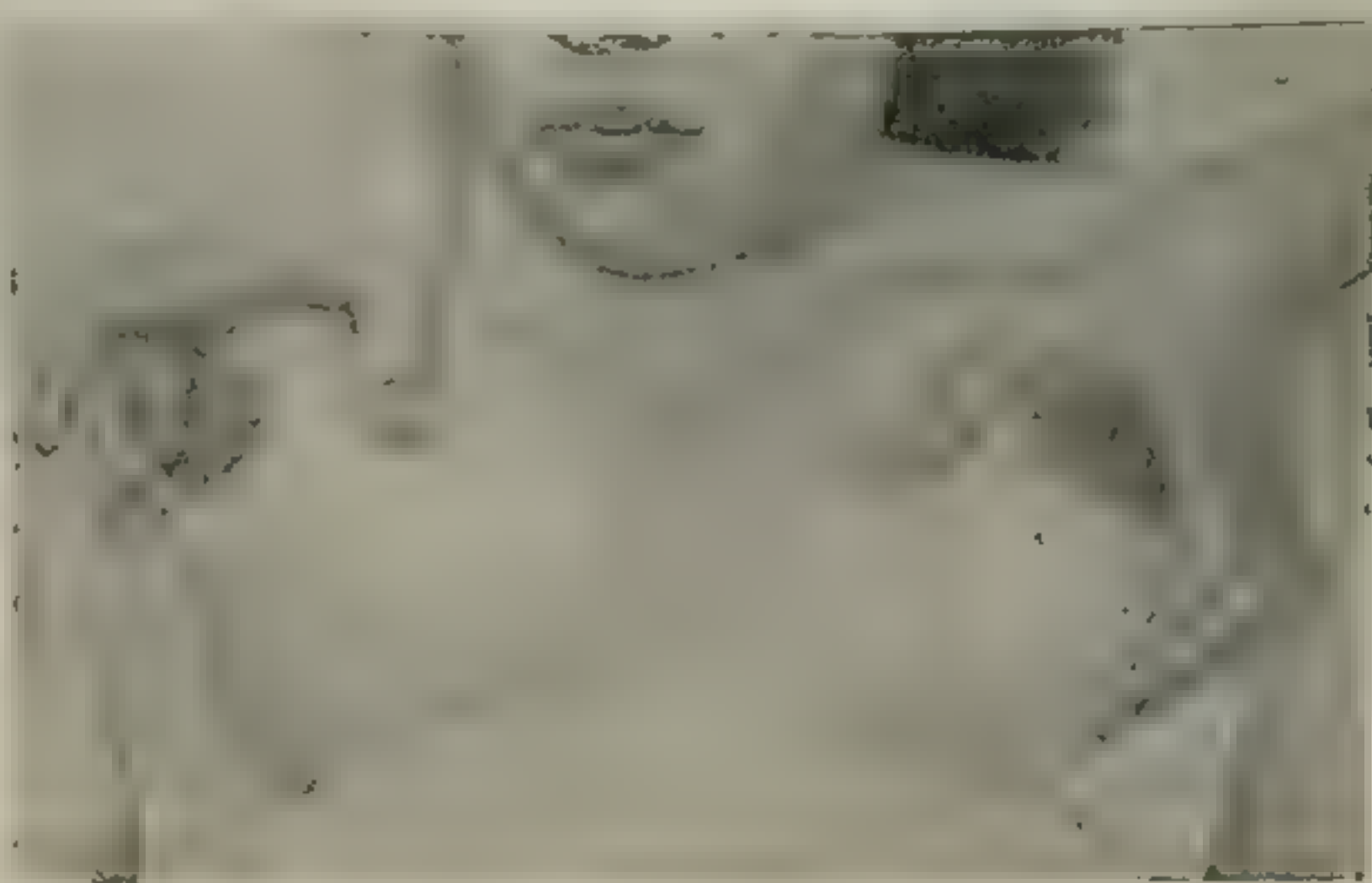


Рис. 59. Методика получения секрета молочных желез: осторожное надавливание на молочные дольки. У основания молочных желез видны добавочные соскообразные образования.

клеток млечных ходов и из лейкоцитов, подвергающихся в послеродовом периоде жировому перерождению. До родов и непосредственно после них в течение короткого срока можно видеть значительное количество молозивных телец, еще не успевших подвергнуться полному жировому перерождению, с остатками протоплазмы в виде капора, а также целые молозивные тельца, имеющие зернистое строение и окрашивающиеся в желтый цвет. Молочные тельца представляют собой разной величины жировые образования круглой формы, не воспринимающие йодной окраски. Жидкая часть, в которой взвешены молозивные тельца и молочные шары,

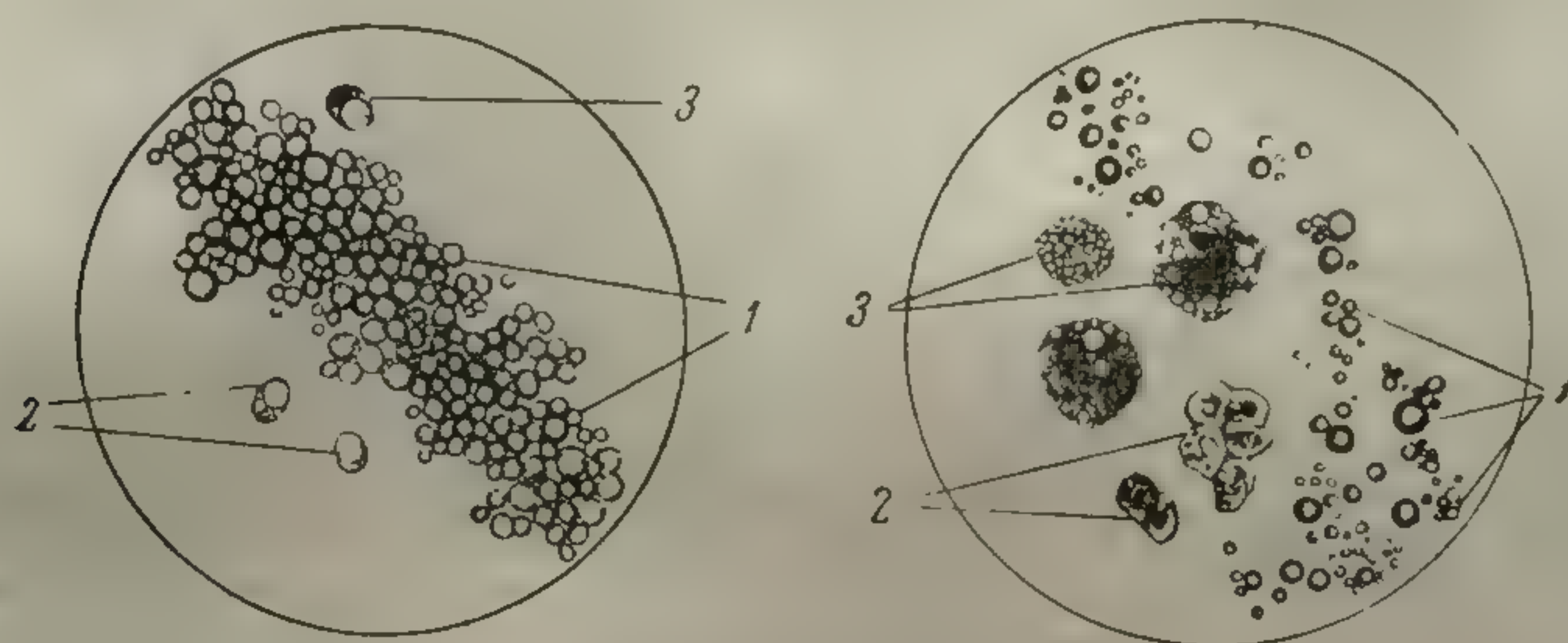


Рис. 60. Составные части женского молока.

1 — молочные шары; некоторые из них с капорами, остатками протоплазмы, железистого эпителия; составная часть молозива: жировые капли разной величины; 2 — эпителий молочных протоков; 3 — молозивные тельца, лейкоциты с жировыми каплями внутри (в некоторых сохранились ядра).

представляет собой продукт специфической секреции клеток, кроме того, выделяющих, по-видимому, и специальный гормон — маммин, являющийся антагонистом овариального гормона.

На рис. 60 приведены микроскопические картины молозива и молока.

Чтобы отличить женское молоко от коровьего, пользуются реакцией Умикова. К 5 мл женского молока прибавляют 2,5 мл 10% раствора аммиака, при последующем нагревании на водяной бане до 60° появляется фиолетово-красное окрашивание. Реакция тем интенсивнее, чем в более поздние сроки лактационного периода она производится.

Для производства реакции необходимы: 1) штатив с пробирками; 2) водяная баня, предварительно нагретая до 60°; 3) термометр; 4) 10% раствор аммиака; 5) женское молоко; 6) коровье молоко.

Самая реакция производится следующим образом: 1) в одну пробирку наливают около 2 мл женского молока, а в другую — около 2 мл коровьего молока; 2) добавляют в обе пробирки по 1—2 мл 10% раствора аммиака; 3) обе пробирки затем помещают в водяную баню при 60°; 4) наблюдают появление фиолетово-красного окрашивания в первой пробирке с женским молоком и желтовато-коричневого окрашивания во второй пробирке с коровьим молоком.

Молозиво и молоко отличаются по виду. Молозиво — до известной степени полупрозрачная жидкость, молоко же — непрозрачная жидкость равномерно белого цвета. Различают два типа молозива: жирное молозиво, на вид отличающееся желтоватым цветом, под микроскопом состоящее почти из одних молочных шариков с редким количеством молозивных телец, и слизистое молозиво, в котором под микроскопом совершенно не обнаруживается жировых капель и наблюдаются только молочные тельца

и изредка не вполне переродившиеся эпителиальные клетки. Молозивные геллы имеют форму тутовой ягоды: это лейкоциты, содержащие в своей протоплазме некоторое количество жировых капель. Молозиво отделяется у беременных и у родильниц на 1—2-й день после родов, а иногда значительное время после родов при отсутствии кормления и свидетельствует о неполной функции или прекращении функции молочных желез.

В процессе беременности на коже молочных желез появляются радиально расположенные полосы растяжения, имеющие у беременных красноватый цвет, а после родов белесоватую окраску. Это необратимый признак поздних сроков бывшей беременности.

С III месяца беременности и в послеродовом периоде на коже желез ясно видна развитая сеть кожных вен. Сосок и околососковый кружок пигментированы, но второй кружок около соска, наблюдаемый во вторую половину беременности, постепенно бледнеет и исчезает в конце послеродового периода.

Что касается признака присутствия молока в молочных железах, то необходимо иметь в виду, что срок его исчезновения непостоянен и колеблется в пределах от нескольких месяцев до года, а у затягивающих кормление может быть и дольше.

Изменения наружных и внутренних половых органов

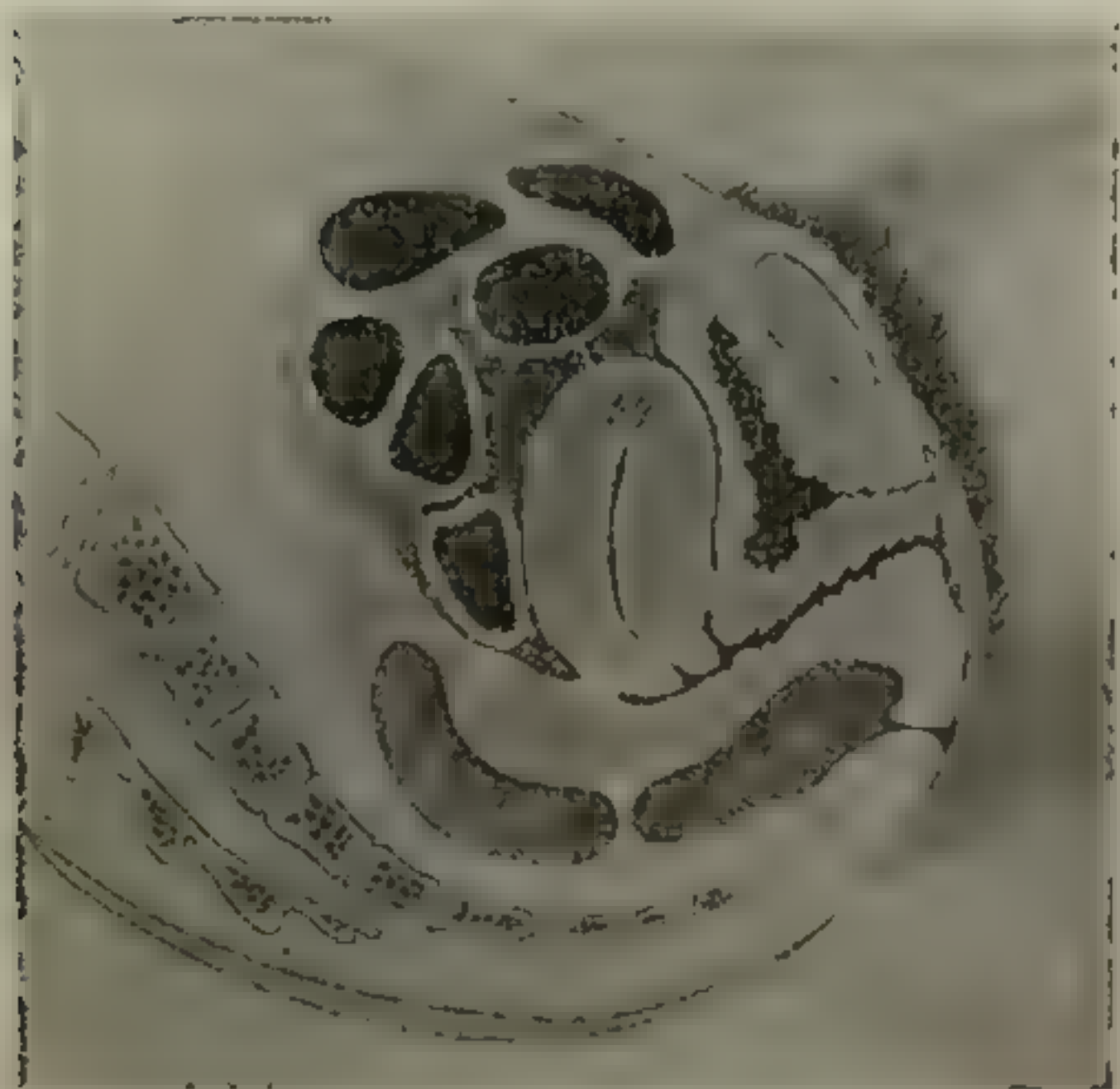
В послеродовом периоде происходят следующие изменения наружных половых органов и влагалища. После родов половая щель зияет, вход во влагалище раскрыт. Большие и малые половые губы отечны, имеют красноватую или синюшную окраску. Поперечные складки влагалища сглаживаются. Передняя стенка влагалища несколько опущена, у первородящих иногда надорвана или разорвана спайка больших губ и задняя стенка влагалища. У первородящих после родов доношенным плодом часто наблюдается расхождение мышц промежности. Проф. В. Ф. Снегирев и А. П. Губарев описали важный признак бывших родов доношенным плодом, имеющий судебно-медицинское значение. Этот ценный и объективный признак устанавливается следующим образом. У рожавшей женщины место, где сходятся тяжи *m. levatoris ani* и *m. constrictoris cunni*, прощупывается яснее. Здесь, тотчас выше кольца *m. constrictoris cunni* и *musculus sphinctoris externi*, можно определить небольшую ямку, через которую концом пальца можно вдавить слизистую оболочку задней стенки влагалища и проникнуть в просвет кишки. Хорошо выраженная ямка встречается только у женщин, разрешившихся первый раз доношенным плодом.

В. Ф. Снегирев назвал ее ямкой материнства. Она помещается как раз по средней линии, но если роды были слишком продолжительны, например вследствие аномалий таза или глубокого поперечного стояния головки, ямка может быть смещена в ту или другую сторону (цит. по В. Ф. Снегиреву). Этот признак в ряде случаев оказал нам значительную диагностическую помощь.

К другим признакам относятся изменения девственной плевы. На 2—5-й день после родов часть лоскутов девственной плевы может омертветь, часть же лоскутов вследствие кровоизлияния в них приобретает бородавчатый вид, а в дальнейшем форму так называемых митровидных сосочков. По данным В. В. Сутугина, из 146 первородящих родовые повреждения девственной плевы у 96 перешли в омертвление, а у 42 имелись только кровоподтеки и лоскуты девственной плевы. Большое

значение имеют разрывы промежности, которые встречаются при первых родах в 10—15% случаев и чаще.

Матка у рожениц быстро уменьшается (рис. 61). Тотчас после родов дно ее обычно находится на уровне пупка. При измерении сантиметром длина матки равняется 17—20 см. Далее с каждым днем размер матки уменьшается настолько, что через 3 недели она находится уже в малом тазе. И. П. Лазаревич при измерении сантиметром расстояния от симфиза до дна матки нашел, что на 7-й день после родов матка отстоит от симфиза на 7—12 см, а на 10-й день — на 6—7 см. Измеряя бужом длину



а



б

Рис. 61. Сравнительная величина (а) матки небеременной женщины (вес 50 г) и (б) послеродовой матки (вес 1000 г, т. е. матка увеличилась в 20 раз).

полости матки, он установил, что в 1-й день после родов она равняется 14—16 см, на 2-й день—12—17 см, на 3-й день—12—16 см, на 4-й день—11—14,5 см, на 6-й день—10—13 см, на 7-й день—11—12 см, на 9-й день—11—13 см, на 10-й день—10—12 см.

Некоторые авторы (Байль и др.) в пределах от 10 часов до 5 дней после срочных родов выслушивали маточный сосудистый шум. Этот шум явственно слышен по бокам матки в форме легкого дупования. Однако этот признак лишь в редких случаях может быть использован судебно-медицинским экспертом, так как он исчезает, прежде чем роженица будет направлена на экспертизу. Тем не менее судебно-медицинскому эксперту не следует забывать об этом симптоме, ибо в редких случаях он все же может иметь место и послужить доказательством недавно бывших родов.

Таким образом, в послеродовом периоде матка непрерывно уменьшается приблизительно на 1,5—2 см в день, причем в первые 2 дня быстрее, чем в последующие дни. К концу 6-й недели матка принимает нормальную величину. У первородящих в возрасте до 25 лет матка уменьшается особенно быстро, но нерегулярно, у более старших по возрасту — медленнее и регулярнее. У недоносивших до срока уменьшение матки происходит замедленно.

В судебно-медицинском отношении важно учитывать, что прогрессивное уменьшение матки, определяемое повторными исследованиями, наблюдается только после родов: каких-либо других процессов, обуславливающих эту особенность, не существует, кроме эндокринопатий, но в случаях

эндокринологических заболеваний, как и в климактерии, происходит уменьшение матки совсем иного характера.

При ряде неблагоприятных жизненных обстоятельств, в которые может быть поставлена женщина невольно (отсутствие помощи при родах, тяжелая работа, инфекционное заболевание и др.), инволюция задерживается. То же наблюдается, когда женщины преднамеренно родят в лесу, вдали от жилья, над ведром с водой, в результате чего наступает смерть ребенка, а также при убийстве ребенка или подкидывании его, когда мать не кормит.

Наряду с прогрессивным уменьшением матки уменьшается и ее вес: в первую неделю после родов—до 1—0,5 кг, к концу 2-й недели—до 0,3 кг, к концу 3-й недели—до 0,25 кг и к концу 6-й недели—до 0,05 кг,

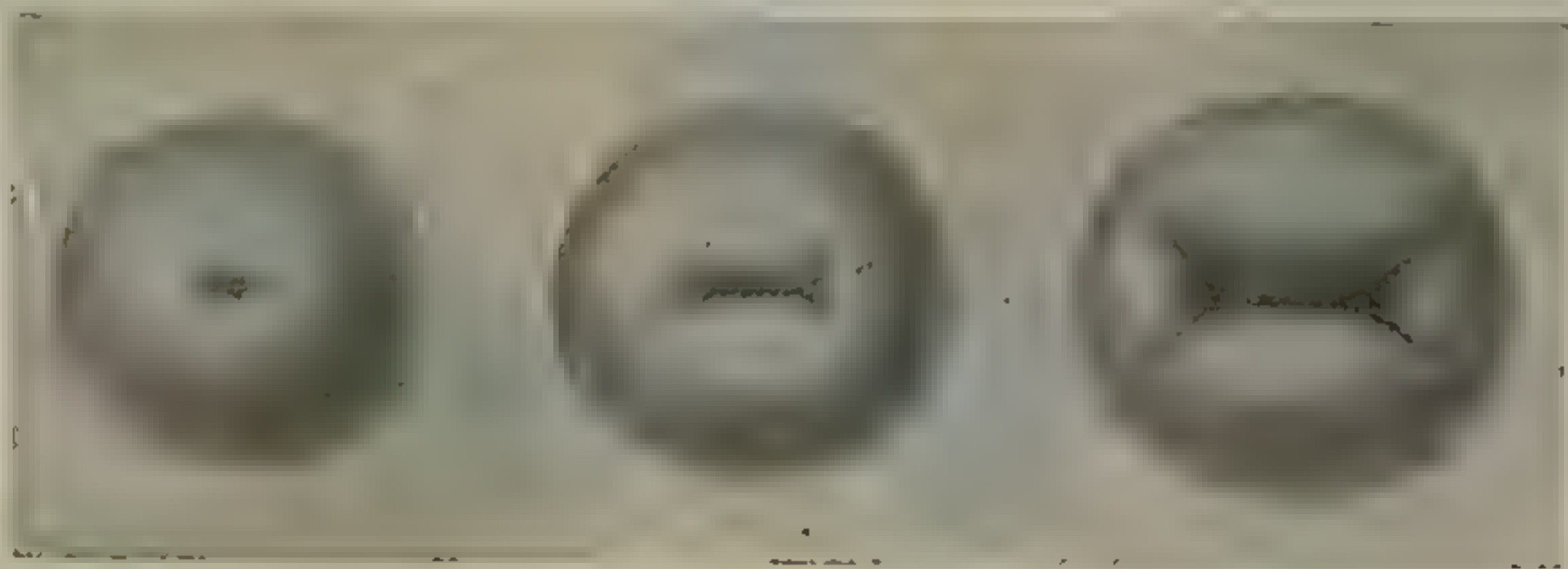


Рис. 62. Форма шейки матки и зева (слева направо). Шейка матки нерожавшей женщины цилиндрической формы, с круглым зевом. Шейка матки рожавшей женщины со щелевидным зевом. Шейка матки многорожавшей женщины с боковыми поперечными разрывами и с зияющим зевом.

т. е. вес ее доходит до 50 г. Это уменьшение матки в 20 раз происходит вследствие белкового и жирового перерождения мышечных волокон.

Если кормление продолжается долго, матка может резко уменьшиться: наступает так называемая лактационная атрофия. По окончании кормления матка возвращается к нормальной величине. В противоположность этому при эндокринопатиях, например при сахарном диабете, адипозогенитальной дистрофии, уменьшение матки носит характер стойкого, а иногда и необратимого процесса. То же происходит и при климактерии.

Одновременно на внутренней поверхности матки протекают восстановительные процессы: с 5-го дня после родов отпадает децидуальная ткань, и этот процесс обычно заканчивается к 10—12-му дню. В железах, погруженных в ткань матки, происходит обратное развитие децидуальных клеток и превращение их в клетки нормальной слизистой оболочки матки. Процесс этот продолжается около 2 недель, поэтому судебно-медицинский эксперт при вскрытии трупа родильницы, кроме осмотра плацентарной площадки, должен взять для гистологического исследования кусочки из стенки матки, что даст дополнительное бесспорное доказательство бывшей беременности и поможет установить послеродовое состояние. Брюшинный покров матки в послеродовом периоде сначала несколько сморщивается от складок, образующихся в результате уменьшения органа, но затем постепенно становится гладким.

Параллельно с изменением тела матки изменяется и ее шейка (рис. 62): она сформировывается, становится плотнее. Главные изменения происходят в шейном канале. Тотчас после родов он широко раскрыт, а затем постепенно настолько суживается, что на 3-й неделе становится уже непроходимым для пальца. Сначала у родильницы закрывается внут-

реиний зев, а к концу послеродового периода и наружное отверстие шеечного канала, форма которого после первых — вторых родов резко отличается от шеечного канала у нерожавших и многорожавших. При недоношенной беременности матка в послеродовом периоде меньше, чем при нормально протекавшей беременности. При преждевременных родах влагалищная часть матки быстрее совершает процесс обратной инволюции.

Вышеописанные процессы замены децидуальной ткани эпителиальной в послеродовом периоде очень сходны с заживлением ран, отделяющих раневой секрет. Подобный же секрет отделяется с внутренней поверхности матки. Первые 2—3 дня эти выделения имеют кровянистый характер, с 3—4-го дня напоминают серозно-кровянистую жидкость, с 5-го дня к ним присоединяются кусочки отпадающей оболочки, к 12-му дню выделения приобретают вид серовато-белой непрозрачной жидкости и, кроме форменных элементов, содержат значительное количество слизи, характер которой становится все более стекловидным.

К концу 3-й недели при нормальном течении послеродовые выделения окончательно прекращаются.

При микроскопическом исследовании в послеродовых маточных выделениях в зависимости от времени находят разные элементы: вначале — большое количество красных кровяных телец, жировые клетки, плоский эпителий, кусочки отпадающей оболочки, а позднее, с изменением цвета выделений, гнойные тельца, холестериновые кристаллы, мерцательный эпителий. Наиболее важно наличие в них децидуальных клеток.

Изменения наружных покровов тела

Следует упомянуть, что к числу признаков недавних родов относятся: наличие пигментации белой линии брюшных стенок, рубцы растяжения, так называемые рубцы беременных, и расхождение прямых мышц живота (рис. 63). Последние не

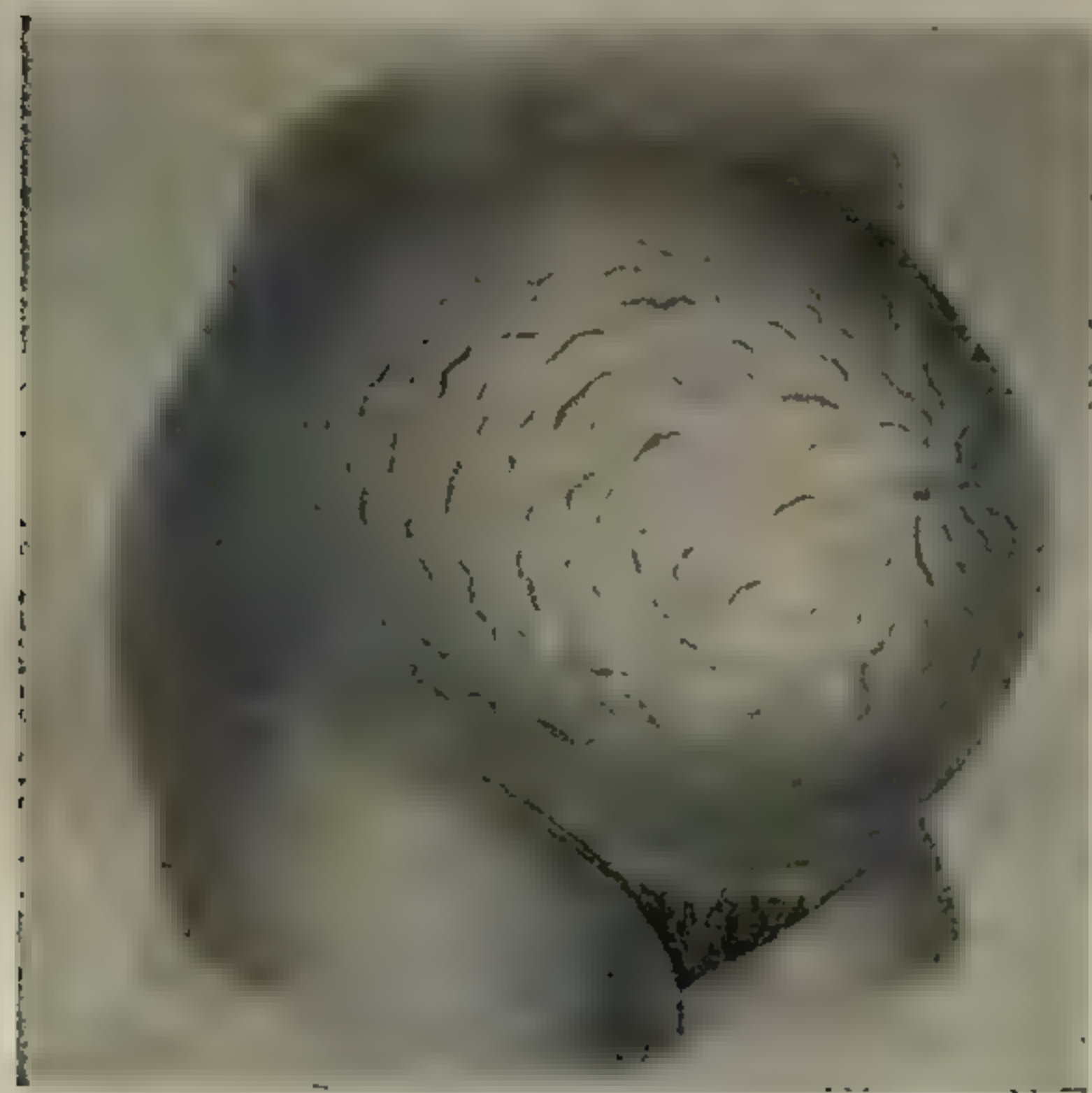


Рис. 63. Полосы растяжения в последние месяцы беременности. Они остаются постоянным признаком беременности.

являются абсолютным признаком, но при наличии остальных данных представляют несомненную ценность.

Измерения расположения пупка с целью изучения состояния брюшной стенки под влиянием беременности, родов и послеродового периода явились предметом многочисленных исследований. Особенно этими измерениями занимался проф. Н. М. Какушкин, который проводил их при положении женщины на спине с разогнутыми в тазобедренных сочленениях ногами. Точками, от которых определялось расположение пупка, были мечевидный отросток, верхний край лобковой дуги и верхнепередней ости подвздошных костей (см. приводимые ниже в табл.

данные проф. Н. М. Какушкина). Расположение пупка у взрослых нерожавших женщин подвержено колебаниям в зависимости от тонуса

брюшных стенок, количества подкожножировой клетчатки и возраста. Разница расстояния в приведенной таблице у женщин старше 40 лет объясняется особенностями брюшной стенки: чрезмерным ожирением, дряблостью тканей у рожавших (отвислый живот). Измерения показывают, что у повторнородящих все размеры больше, чем у первородящих, в связи с большим растяжением брюшных стенок. Беременность же обуславливает нарастание пупочно-остистых размеров. В первые дни после родов подвздошно-лобковое расстояние сокращается до величины обычного размера у взрослой женщины (табл. 6).

Получаемые этим методом данные благодаря изменчивости величин могут служить лишь относительным критерием в сочетании с другими, более постоянными признаками послеродового состояния и недавних родов.

Принимая во внимание все сказанное выше, судебно-медицинский эксперт в ряде случаев может без больших затруднений и в пределах 14 дней после родов решить вопрос, произошли ли недавно роды или нет. При более поздних сроках судебный эксперт может в ряде случаев дать только менее точное заключение о том, что срок беременности — первая или вторая половина и что свидетельствуемая — рожавшая женщина, но признаков недавних родов у нее не имеется, или наоборот, что она недавно родила.

ДИАГНОСТИКА БЫВШИХ РОДОВ

Экспертиза по поводу бывших родов производится в тех случаях, когда с момента предполагаемых родов прошел значительный срок. Эксперт по существу должен ответить на вопрос, имеются ли у свидетельствуемой признаки бывших родов или эти признаки отсутствуют.

В таких случаях требуется сугубая осторожность. С одной стороны, нужно учитывать возможность абсолютно совершенной инволюции организма, с другой стороны, не упустить наличие ряда порой малозаметных, но важных стойких и необратимых изменений и признаков бывших родов («печать материнства»).

При определении давних родов имеют значение рубцы на молочных железах, на брюшных покровах, характерные изменения на остатках девственной плевы, рубцы на

Таблица 6

РАСПОЛОЖЕНИЕ РУБЦА У ВЗРОСЛЫХ ЖЕНЩИН ПО И. М. КАКУШКИНУ

Возраст в годах	Число случаев	Расстояние в см						до правой верхнепередней ости		до левой верхнепередней ости	
		до мечвидного отростка		до лобка		среднее	наименьшее	наибольшее	среднее	наименьшее	наибольшее
		наименьшее	наибольшее	наименьшее	наибольшее						
17—25	91	9	21,5	11,5	19	15,1	12	17,5	15	12	18,5
26—40	72	13,5	24	12	26	15,2	12	20	15,1	12	19,5
41—74	10	15	23,5	12,5	17	18,2	14,5	19,3	19,3	13	20,5
Средние числа		17,5		15,3		15,6					15,4

брюшных стенок, количества подкожножировой клетчатки и возраста. Разница расстояния в приведенной таблице у женщин старше 40 лет объясняется особенностями брюшной стенки: черезмерным ожирением, дряблостью тканей у рожавших (отвислый живот). Измерения показывают, что у повторнородящих все размеры больше, чем у первородящих, в связи с большим растяжением брюшных стенок. Беременность же обуславливает нарастание пуочно-остистых размеров. В первые дни после родов подвздошно-лобковое расстояние сокращается до величин обычного размера у взрослой женщины (табл. 6).

Получаемые этим методом данные благодаря изменчивости величин могут служить лишь относительным критерием в сочетании с другими, более постоянными признаками послеродового состояния и недавних родов.

Принимая во внимание все сказанное выше, судебно-медицинский эксперт в ряде случаев может без больших затруднений и в пределах 1½ дней после родов решить вопрос, произошли ли недавно роды или нет. При более поздних сроках судебный эксперт может в ряде случаев дать только менее точное заключение о том, что срок беременности — первая или вторая половина и что свидетельствуемая — рожавшая женщина, но признаков недавних родов у нее не имеется, или наоборот, что она недавно родила.

ДИАГНОСТИКА БЫВШИХ РОДОВ

Экспертиза по поводу бывших родов производится в тех случаях, когда с момента предполагаемых родов прошел значительный срок. Эксперт по существу должен ответить на вопрос, имеются ли у свидетельствуемой признаки бывших родов или эти признаки отсутствуют.

В таких случаях требуется глубокое исследование. С одной стороны, нужно учитывать возможность абсолютно совершенной инволюции организма, с другой стороны, не упустить наличие ряда порой малозаметных, но важных стойких и необратимых изменений и признаков бывших родов («печать материнства»).

При определении давних родов имеют значение рубцы на молочных железах, на брюшных покровах, характерные изменения на остатках девственной плевы, рубцы на

Таблица 6

РАСПОЛОЖЕНИЕ ПУВКА У ВЗРОСЛЫХ ЖЕНЩИН ПО Н. М. КАКУШКИНУ

Возраст в годах	Число случаев	Расстояние в см											
		до мечевидного отростка			до лобка			до правой верхнепередней ости			до левой верхнепередней ости		
		наименьшее	наибольшее	среднее	наименьшее	наибольшее	среднее	наименьшее	наибольшее	среднее	наименьшее	наибольшее	среднее
17—25	91	9	21,5	17,5	11,5	19	15,1	12	17,5	15	12	18,5	15,2
26—40	72	13,5	24	17,2	12	26	15,2	12	20	15,1	12	19,5	15,1
41—74	10	15	23,5	19,5	12,5	17	18,2	14,5	19,3	19,3	13	20,5	19,3
Средние числа		17,5			15,3			15,6			15,4		

промежности, в области задней спайки, рубцы и разрывы в области наружного отверстия шейки матки, нарушение ее формы, изменения стенок влагалища, величина матки, складки и морщины на коже живота, расположение пупка. Рубцы на коже молочных желез появляются в результате растяжения при прогрессивном увеличении и отвисания последних.

Рубцы на кожных покровах живота и бедрах возникают вследствие разрывов мальпигиевой сети, растяжения подкожной клетчатки и сосудов кожи в целом, т. е. дермы. Подробно изученные И. Т. Мильченко морфологические и функциональные изменения передней брюшной стенки при

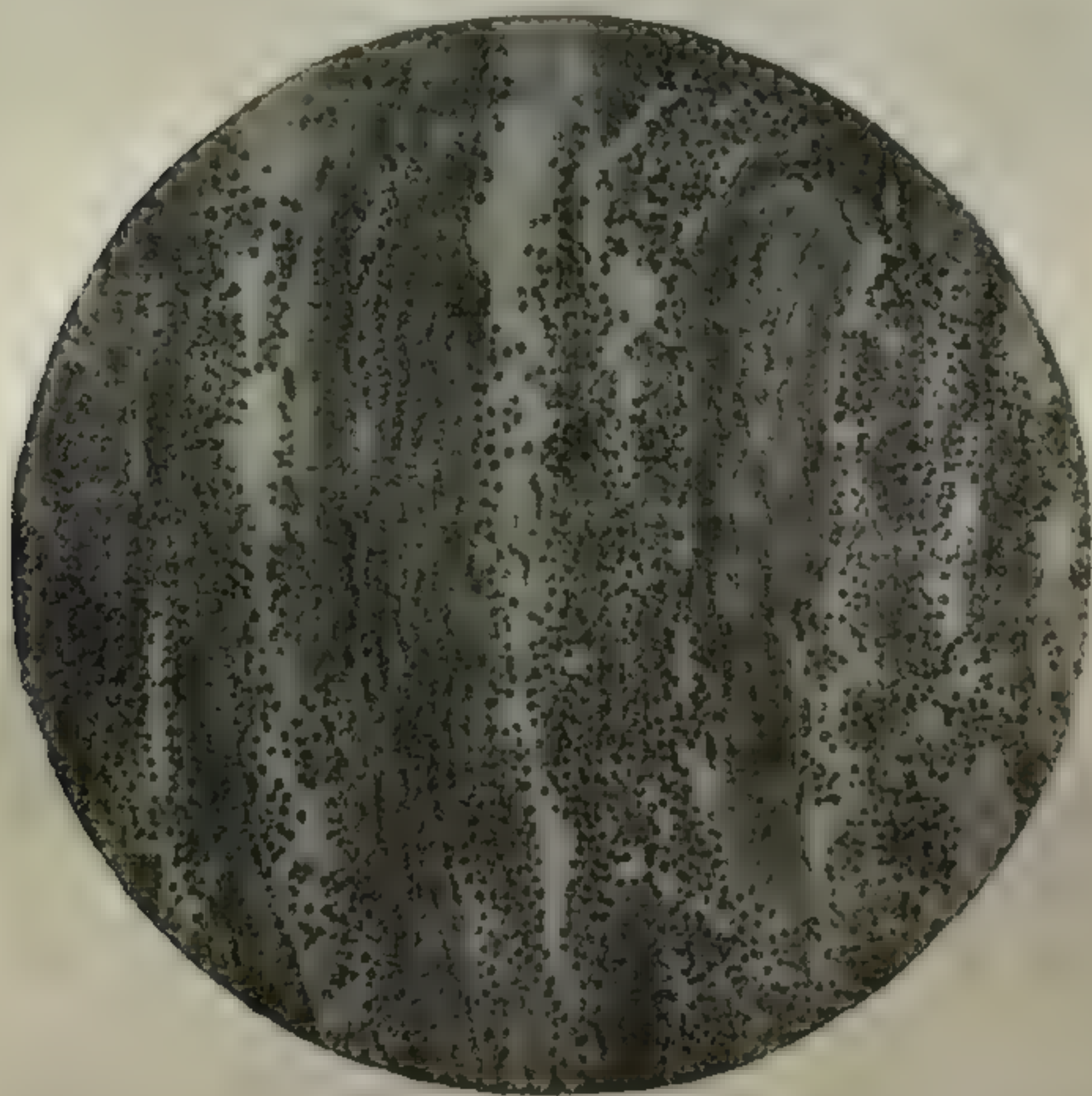


Рис. 64. Кровоизлияние в мышечный слой передней брюшной стенки при 40 неделях беременности (окраска гемалаун-азур-эозином (по И. Т. Мильченко).

беременности отличаются характерными особенностями. Ткани передней брюшной стенки беременной в течение 6—12 недель не обнаруживают каких-либо структурных изменений. Первые изменения на ней появляются с 13—14 недель и далее прогрессивно нарастают, давая на 39—40-й недели картину наиболее выраженных регрессивных и дегенеративных изменений. Основные изменения микроструктуры в тканях брюшной стенки возникают, по И. Т. Мильченко, на фоне расстройств кровообращения, сопровождающегося экссудацией и инфильтрацией всех слоев (рис. 64). Расстройство кровообращения в поздние периоды обуславливает

появление экстравазатов, объем которых прямо пропорционален сроку беременности. И. Т. Мильченко изучил изменения у 136 женщин, среди которых небеременных было 10, беременных—92, в послеродовом периоде—10 и многократно беременных—14.

Сущность изменений состояла в следующем. В дерме наблюдалось разрастание капиллярных и более крупных кровеносных сосудов (что особенно было выражено на 40-й неделе беременности), значительное кровенаполнение сосудов, начиная с 16-й недели беременности, распад нервных волокон вокруг кожных придатков.

В поперечнополосатых мышечных волокнах к 40-й неделе (рис. 65) беременности происходят деструктивные изменения и обширные кровоизлияния, в фасциальном листке наблюдаются большие скопления из фиброцитов, вакуолизация протоплазмы фиброцитов, в подкожножировой клетчатке варикозные изменения осевых цилиндров нервных стволиков, а на 24-й неделе беременности становятся заметными бляшковидные наложения на серозной оболочке периметрия.

Изменения периферической нервной системы при беременности совершаются в различных тканях с неодинаковой силой и скоростью. Наибольшего развития они достигают в соединительной ткани кожи, наименьшего — в мышечном слое.

Полосы растяжения встречаются и вне беременности в результате общей водянки живота, при огромных опухолях, например при кистах, и у тучных людей. В некоторых случаях подобные рубцы встречаются у девушек, не живущих половой жизнью, и у небеременных женщин. Такие рубцы находили у 6% мужчин.

Следующее наблюдение мы имели в 1943 г.

А., 19 лет, правильного сложения, хорошего питания. Слизистые оболочки розовой окраски. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы не имеется. Половой жизнью не жила.

Наружные половые органы развиты нормально. Оволосение на половых органах и в подмышечных впадинах выражено хорошо. Девственная плева кольцевидной формы, высокая, мясистая, свободный край заострен, без повреждений, кольцо сокращения ясно определяется. На внутренней поверхности бедер и на передней стенке живота ясно выражены полосы растяжения красноватого цвета. Это явление относится к нейро-эндокринным расстройствам за счет неправильной функции гипофиза, тем более что А. заявила, что сначала была полной, а затем без видимой причины похудела, и у нее появились полосы.

В этом направлении существуют наблюдения, на основании которых образование рубцов при беременности связывают гипофункцией гипофиза, а также с конституциональными факторами. Например, у лиц пикнического сложения, склонных к ожирению, рубцы беременности встречаются чаще и бывают более резко выражены, чем у лиц астенией. Число беременностей и родов не увеличивает степени и количества рубцов беременности. Надо иметь в виду, что отсутствие рубцов растяжения и пигментации белой линии отнюдь не решает вопроса в отрицательном или положительном смысле.

Со стороны молочных желез к признакам бывших родов относятся: их увеличение, большое отложение жира, отвисание их, пигментация сосков. Все это имеет, однако, относительное значение, так как эти признаки могут исчезать или быть связанными с характером общей пигментации, например смуглой окраской кожи даже у нерожавших и небеременных женщин.

К наиболее ценным признакам бывших родов относятся миртовидные сосочки на месте разрушенной при родах девственной плевы. Разрывы девственной плевы могут представлять собой лоскуты, по которым иногда можно судить об ее первоначальной форме. При многократных родах повреждения девственной плевы бывают настолько значительны, что миртовидные сосочки отсутствуют и вход во влагалище делается совершенно гладким и зияющим (рис. 66).

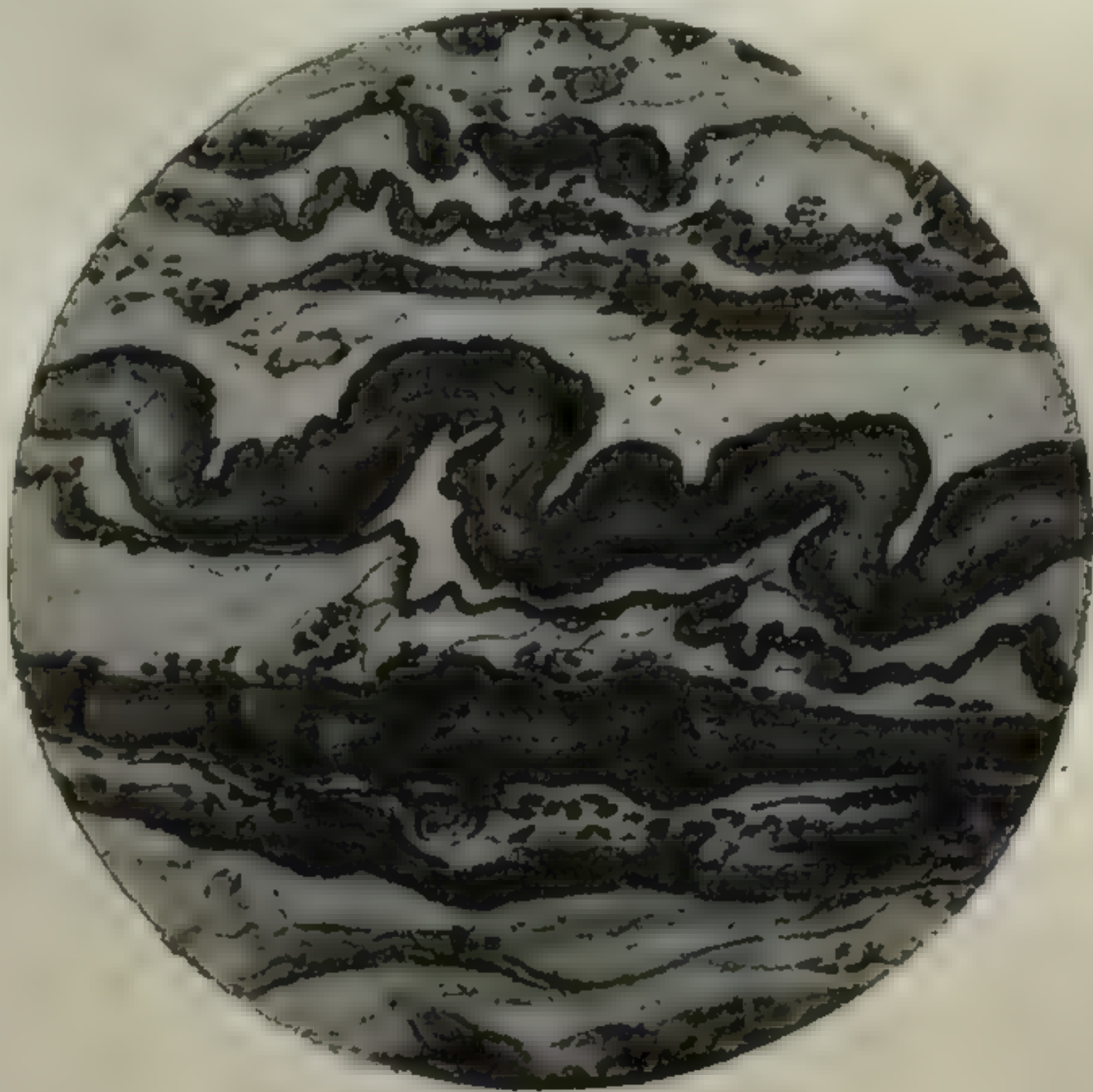


Рис. 65. Изменения поперечнополосатых мышечных волокон передней брюшной стенки у беременной. Продолжительность беременности 40 недель (окраска гемалаун-азур-эозином) (по И. Т. Мильченко).

У входа во влагалище находят рубцы вследствие разрыва задней спайки, или, как ее называют, уздечки, больших половых губ, рубцы промежности после ее разрыва.

Расширение влагалища само по себе не является абсолютным доказательством бывших родов: оно может быть следствием половой жизни, инструментальных процедур при лечении и пр. Опушение стенок влагалища в большинстве случаев является доказательством бывших родов.



Рис. 66. Девственная плева в прошлом кольцевидной формы. Свободный край неравномерной высоты, снижен. На цифре 9 циферблата часов вытянутый рубец. На цифрах 4—8 край отвалился в виде лоскута, расслоенного на несколько лепестков.

О емкости влагалища, его конфигурации, состоянии мышечного аппарата тазового дна, о дефектах шейки матки и характере ее травматизации в разные периоды жизни женщины более конкретные и убедительные данные можно получить, применяя простой метод вагинографии, т. е. наполняя влагалище контрастной массой из сернокислого бария и производя затем рентгеновский снимок. По В. И. Чирихину, на рентгенограмме нижняя часть тени влагалища бывает различной у нерожавших и рожавших женщин, имеющих дефект тазового дна. Когда клинически возникают сомнения в целостности тазового дна, этот метод способствует выяснению состояния тазового дна. Метод вагинографии является объективным подтверждением значимости симптома ямки материнства Снегирева—Губарева.

К числу достоверных признаков бывших родов относятся изменения формы маточного зева и рубцы от надрывов и разрывов его. У нерожавших женщин наружный зев имеет круглую или слегка овальную форму, не зияет, слизистая его гладка. У рожавших женщин наружный зев представляет собой несколько зияющую поперечную щель с боковыми, поперечно расположенными рубцами от бывших разрывов или надрывов. Эти рубцы легко определяются при влагалищном исследовании пальцем, а лучше при осмотре зеркалами. Рубцы большей частью располагаются

слева на спайке губ. При выкидыше в первые месяцы беременности их обычно не наблюдается. Рубцы на шейке, идущие в вертикальном направлении, большей частью являются следами артефактов и чаще встречаются при криминальных абортах, когда шейку захватывают какими-нибудь острыми предметами.

Матка у рожавшей и особенно многорожавшей женщины всегда больше и плотнее, чем у нерожавшей, вследствие разрастания соединительнотканых элементов. Форма матки у рожавшей иногда изменяется. В области рогов появляется симметрия или матка приобретает округлую форму. Она толще и шире, чем у не рожавшей женщины. Длина ее полости в среднем 8—9 см, в то время как у девственной—6,5 см, ширина дна 4,5—5,5 см, а у девственной—3,5 см, вес 60—70 г и больше, у девственной—40 г.

В исключительных случаях признаки давних родов совершенно отсутствуют. В подобных случаях рожавшая женщина производит впечатление нерожавшей: молочные железы упруги, соски и околососковые кружки розового цвета, брюшной пресс и его ткани имеют хороший тургор, на коже наружных половых органов рубцы отсутствуют. Шейка матки хорошо сформирована, на ней нет следов родового травматизма и др.

При отсутствии указанных признаков нельзя сделать категорического заключения об отсутствии в прошлом родов и особенно преждевременных родов или аборта.

Если при вскрытии трупа ставятся те же вопросы, а именно: была ли беременность или роды, каков срок беременности, давность родов и после родового периода, то судебно-медицинский эксперт должен учитывать следующие важнейшие детали.

1. В соответствии с новейшими данными обратить внимание на микроструктуру передней брюшной стенки, для чего взять кусочки для патологоанатомического исследования.

Микроструктура брюшной стенки при беременности претерпевает ряд характерных изменений, которые возникают не в результате механического влияния растущей матки, а главным образом вследствие расстройства кровообращения, сопровождающегося экссудацией, инфильтрацией тканей брюшной стенки, появлением экстравазатов, количество и объем которых, по И. Т. Мильченко¹, прямо пропорциональны сроку беременности. На фоне этих изменений в разных участках брюшной стенки — в сосудах, мышцах, соединительной ткани — и в первичных элементах при дальнейшем течении беременности развиваются дегенеративные процессы. Наряду с этим наблюдается процесс перестройки и пролиферация эпителия, клеток соединительной ткани и нервных волокон. И. Т. Мильченко приходит к заключению, что многие ткани и системы, входящие в структуру брюшной стенки, обнаруживают совершенно иные реакции, чем вне беременности.

2. При нахождении на теле женщины или на белье следов мекония обязательно сделать микроскопическое исследование их.

3. При вскрытии матки определить все ее размеры: длину, ширину, толщину стенок и вес. Для этого следует пользоваться следующей схемой (табл. 7).

4. Обратить внимание на место прикрепления последа. Так называемая плацентарная площадка, вскрытая после родов, имеет характерные особенности. Место плацентарной площадки может быть видно макроскопически до 15-го дня после родов, а под микроскопом — в течение дл-

¹ И. Т. Мильченко. Морфологические изменения передней брюшной стенки при беременности. Дисс. Иваново, 1945.

Таблица 7

	Стенка матки в см			Вес матки в г
	длина	ширина	толщина	
Девственная	6—7	3,5—4	2—2,5	40—50
Рожавшая	8—9	5—6	3,3—3,5	60—80
Непосредственно после родов .	17—23	10—15	5—6	1000
Через 7 дней после родов . . .	—	—	—	600
» 14 » »	—	—	—	1500
К концу 6-й недели после родов	—	—	—	50—60

тельного времени, так как здесь заметны отложения гемоглобина и остатки тромбов (рис. 67).

5. Взять для микроскопического исследования кусочки из стенки влагалища, так как в ней можно установить наличие остатков децидуаль-

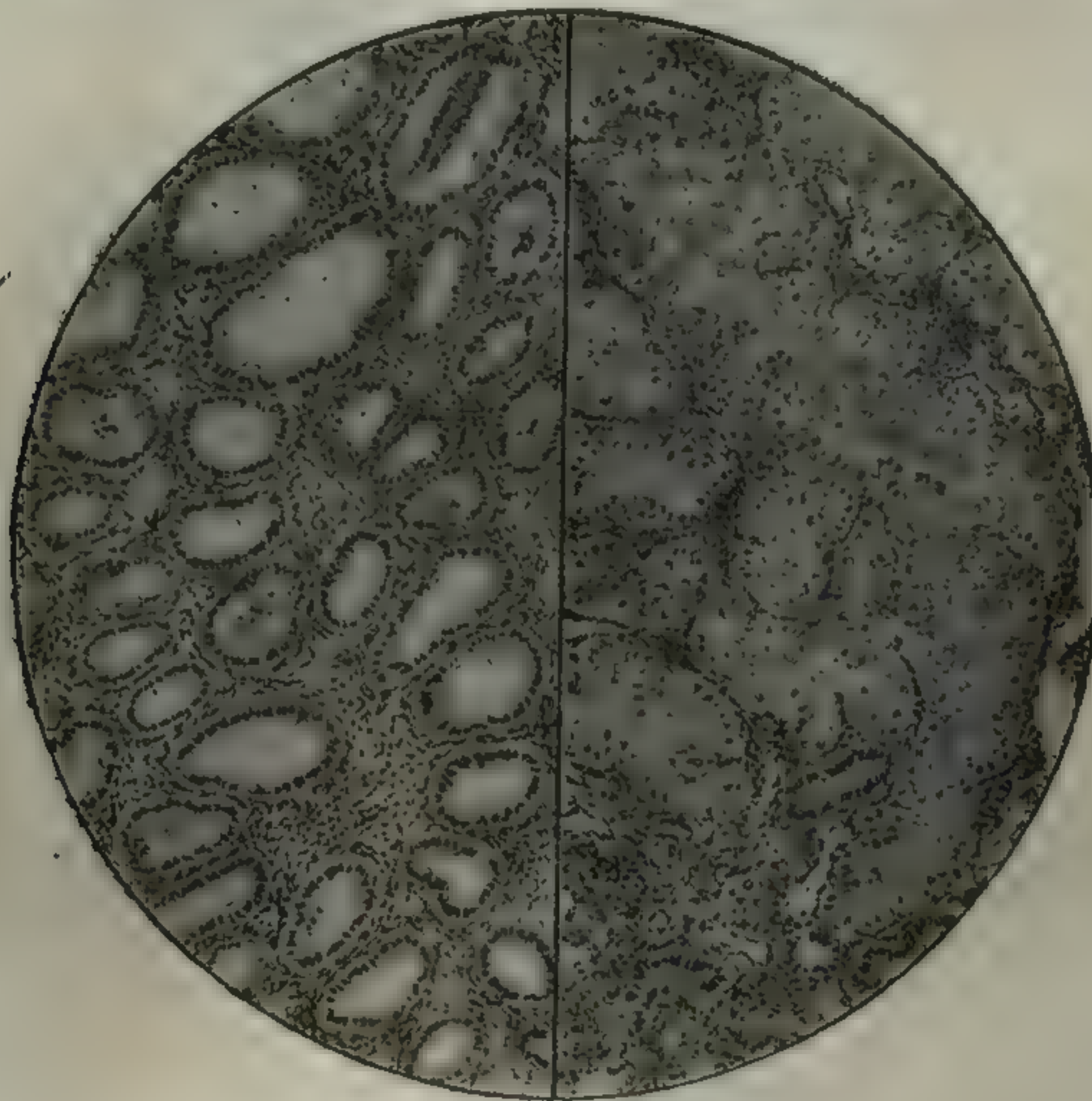


Рис. 68. Слева — нормальная слизистая оболочка небеременной матки. Эндометриальные железы, между ними интерстициальная ткань. Справа — увеличенные железы при раннем сроке беременности.

ной ткани или следов ее в виде так называемых теней децидуальных клеток. В первую половину беременности, кроме того, можно наблюдать здесь и «железы беременности» (рис. 68).

6. Исследовать структуру мышечных волокон маточных стенок. Во вторую половину беременности ясно видно извилистое направление мышечных пучков, присутствие среди них гигантских клеток с обширной протоплазмой и большим ядром, напоминающим децидуальные, утолщение мышечной части сосудов среднего слоя миометрия, гиалиновое перерождение в мышечной стенке сосудов.

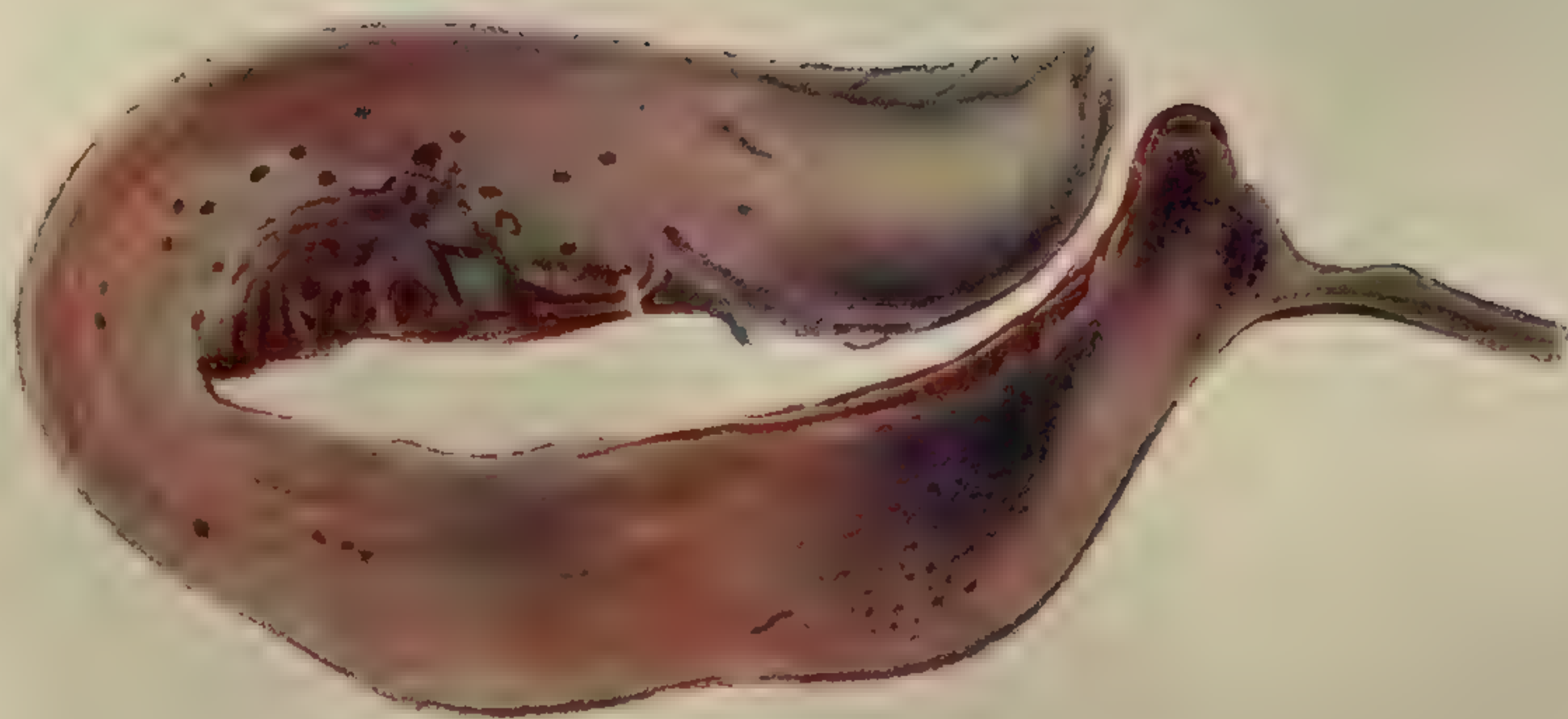


Рис. 67. Послеродовая матка на 14-й день после родов. Хорошо видна плацентарная площадка, тромбы в сосудах ее и в стенке матки.

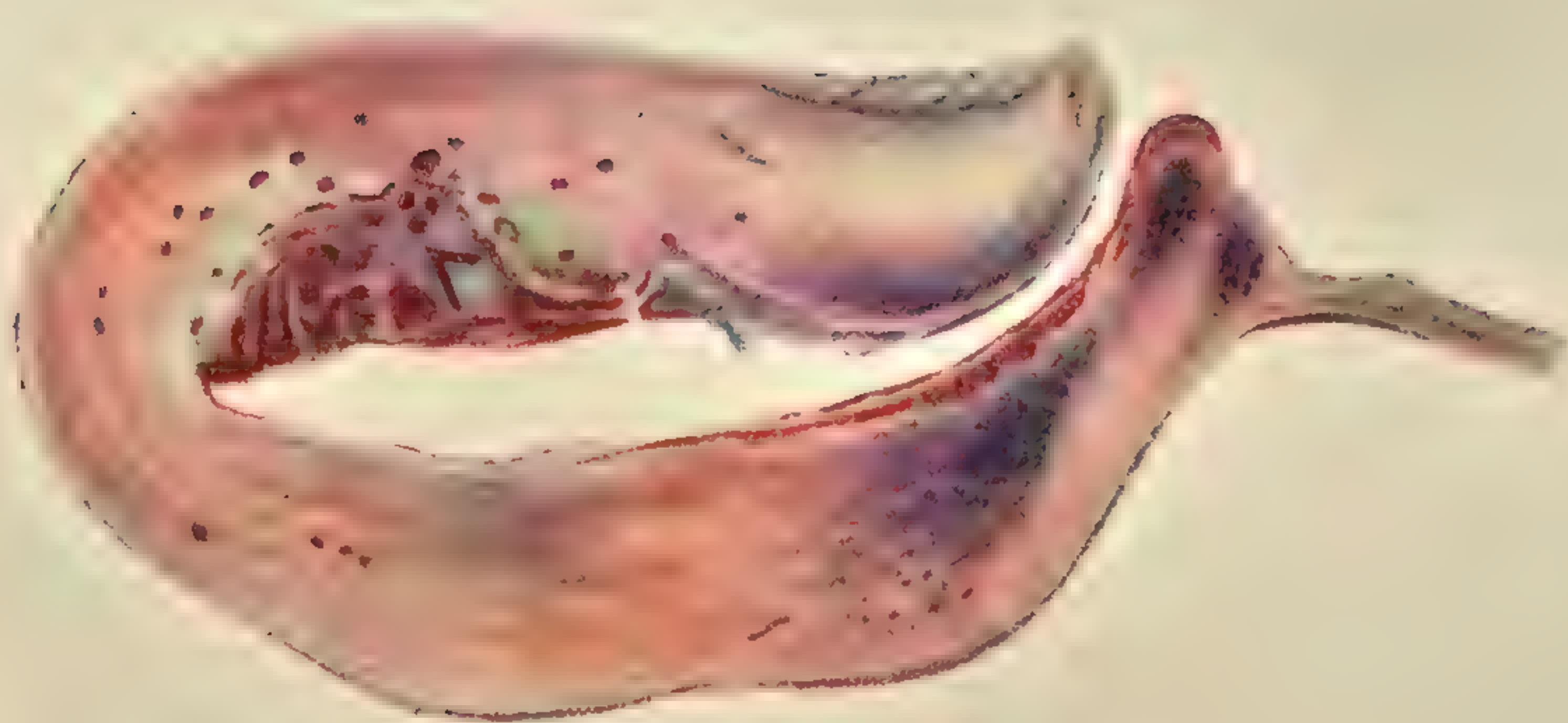


Рис. 67. Послеродовая матка на 14-й день после родов. Хорошо видна плацентарная площадка, тромбы в сосудах ее и в стенке матки.

7. Обратить внимание на имеющееся в первую половину беременности в яичнике желтое тело беременности.

8. Внимательно исследовать брюшину таза. Во вторую половину (5-7 месяцев) беременности здесь можно обнаружить децидуальные разращения, чаще всего располагающиеся в дугласовом пространстве, а также на поверхности яичников.

ВЫМЫШЛЕННЫЕ РОДЫ И ПОДЛОЖНЫЕ ДЕТИ

Судебные дела по этому поводу возникают, когда бездетные женщины прибегают к подлогу, выдавая чужих детей за своих в целях упрочить брак и удовлетворить желание мужа иметь ребенка. В ряде случаев это производится для получения денег от мнимого отца или возлюбленного, а в буржуазных странах для получения наследства.

В СССР судебные дела подобного рода встречаются довольно редко. Обстоятельства дела при этом отличаются сложностью, так как выполнение подобного преступления требует наличия соучастников, денежных средств для подкупа при похищении чужого ребенка и пр.

Роль судебно-медицинского эксперта в таких делах сводится к ответу на основной вопрос, рожала ли данная женщина — предполагаемая мать — или нет. В случаях, когда никаких признаков бывшей беременности и родов не имеется, ответ экспертизы, за исключением редких случаев, ясен и обман очевиден.

Иная ситуация получается в тех случаях, когда исследуемая действительно родила ребенка, но другого пола или когда у нее родился мертвый ребенок и она подменила его чужим. Сущность подобной экспертизы состоит в исследовании и сравнении соответствия возраста представляемого ребенка сроку предполагаемых родов.

Если женщина родила 1—2 суток назад, а предъявляет ребенка с засохшей или даже с отпавшей пуповиной, то факт подмены не вызывает сомнений. В противном случае судебно-медицинская экспертиза лишается конкретных признаков, на которые она могла бы опереться, давая то или иное заключение.

На портретном сходстве ребенка с предполагаемыми родителями основываться нельзя ввиду ненадежности этого признака. У детей и особенно у новорожденных общее сходство с чертами родителей в большинстве случаев малозаметно, а сходство в цвете волос, глаз, расположения родимых пятен и общем внешнем виде для окончательного заключения недостаточно.

Дактилоскопия у новорожденных не оправдала полностью возлагаемых на нее надежд и поэтому большого распространения не получила. Однако ввиду теоретического и некоторого практического интереса этого вопроса дактилоскопия иногда все же применяется в форме подоскопии. Практически в случае подмены детей судебно-медицинский эксперт должен в основном руководствоваться соответствием возраста предъявляемого ребенка времени родов, а также групповой принадлежности крови.

Нами наблюдался случай попытки получения ребенка женщиной, имевшей сложное уродство и бесплодной в течение 5 лет. Муж грозил ей разводом в случае, если она не родит ребенка. За 9 месяцев до приезда в Москву женщина заявила мужу, что она беременна. В целях доказательства своей беременности она, фальсифицируя рост беременности, стала наращивать себе живот, привязывая к нему плоские подушечки. Затем она заявила мужу, что у нее приближается срок родов, но родить она хочет только в Москве, так как боится осложнений. По приезде в Москву она обратилась в родильный дом имени Грауэрмана и просила дать ей ребенка от какой-либо одинокой матери, которая не может воспитать его. В этом ей было отказано. При осмотре ее было установлено редкое сложное уродство, а именно влагалище с перегородкой, дивертикул в левом влагалище, две матки, у каждой по одному

яичнику и трубе. Ей была предложена операция, на которую она согласилась. Была иссечена перегородка и из двух маток создана одна полноценная матка. Женщина, приехавшая с желанием получить чужого ребенка, чтобы выдать за своего, отказалась от задуманного ею плана и уехала с надеждой иметь собственного ребенка.

МЕХАНИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРИ РОДАХ. ОТЛИЧИЕ РОДОВОЙ ТРАВМЫ ОТ УМЫШЛЕННОЙ

Механические повреждения в связи с родами, когда они являются предметом судебного разбирательства, можно рассматривать с разных точек зрения: во-первых, возникают ли они самопроизвольно или являются результатом неправильных действий акушера, во-вторых, не являются ли они умышленной травмой и, наконец, в-третьих, не есть ли это результат самопомощи при родах, протекавших тайно или в обстановке, где посторонняя помощь не могла быть оказана.

При нормальных родах встречаются повреждения наружных и внутренних половых органов, к которым относятся: трещины, разрывы промежности, влагалища, шейки матки и матки.

Трещины образуются обычно по бокам клитора при прорезывании или выведении головки.

Разрывы промежности во время родов наблюдаются довольно часто. По К. К. Скробанскому, процент их колеблется в широких пределах — от 10 до 60. Они происходят во время прорезывания головки, обычно начинаются сверху, с уздечки, и постепенно углубляются кзади, к заднепроходному отверстию. Глубина и форма разрыва могут быть различны. По величине разрывы делятся на три степени: первая степень, когда разрыв не достигает середины промежности, вторая степень, когда промежность рвется до сфинктера прямой кишки, и третья, когда разрывается не только промежность, но сфинктер и стенка кишки. Предметом судебно-медицинской экспертизы разрывы бывают в тех случаях, когда процент их в каком-нибудь учреждении достигает высоких цифр или когда разрыв является причиной ряда осложнений, в результате которых главным образом на почве сепсиса наступает смерть женщины.

Разрывы стенок влагалища наблюдаются преимущественно в верхних и нижних отделах. Разрывы в верхней трети влагалища чаще всего являются продолжением разрывов шейки матки или самой матки. По отношению ко всем разрывам шейки матки самопроизвольные разрывы, по данным Вележевой, Котельникова и Ханиной, при родах встречаются у 17,2%. Иногда разрывы влагалища проникают в брюшную полость и сопровождаются выпадением сальника и кишок. Иногда это является результатом сложных акушерских операций, например при наложении высоких щипцов, при повороте. Вследствие тяжелых кровотечений или последующего перитонита такие разрывы могут закончиться смертью. В подобных случаях родственники умершей возбуждают судебное дело, которое требует всесторонней судебно-медицинской экспертизы.

Травматизация шейки матки происходит при несоответствии величины головки размерам таза. Из патологических изменений тканей шейки, предрасполагающих к ее отрыву, особенное значение имеет наличие инфильтрации тканей шейки, отек ее.

Иногда во время родов встречаются самопроизвольные кольцевые отрывы шейки. А. Д. Дмитриев описал 2 случая самопроизвольных кольцевых отрывов шейки матки во время родов. Эти случаи встретились на 10 230 родов. Одной женщине пришлось наложить щипцы, у другой роды были самопроизвольные.

Исследованием было выяснено, что оторвавшиеся части шейки имели вид колец. Широкая часть: диаметр левой стороны—6,5 см, узкая часть—

4 см. толщина 0,3—1 см. Край наружного отверстия слегка зазубрен, без надрывов. При микроскопическом исследовании установлено: ткани отечны, сосуды расширены, наполнены кровью, избыточное развитие соединительной ткани, пучки мышечных волокон, мелкоклеточная инфильтрация, по краям отрыва некроз тканей.

Разрывы матки и мочеполовые свищи относятся к тяжелым последствиям акушерского травматизма. Различают самопроизвольные разрывы и разрывы как осложнение неумело примененных вмешательств (наложение высоких щипцов, поворота плода) или как следствие несвоевременно сделанных родоразрешающих операций (кесарево сечение, перфорация головки, эмбриотомия и пр.).

Самопроизвольные разрывы матки большей частью возникают в результате наличия препятствий к продвижению плода в нижний отдел шейки матки, что влечет за собой чрезмерное перерастяжение перешейка и всей шейки матки в целом. Течение родов в таких случаях осложняется. Причиной препятствий могут быть: поперечное положение плода, головная водянка плода — гидроцефалия, заднетеменное вставление головки и некоторые другие неправильные положения плода, значительные сужения таза или аномалии отдельных его частей, например, костные выступы, чрезмерно большие размеры плода. Самопроизвольные разрывы матки как во время беременности, так и во время родов могут возникать на месте рубцов после кесарева сечения, на месте бывшей перфорации матки при предшествующих родах, абортах, вследствие патологических изменений шейки матки (например, аденомиоз, воспалительные изменения).

Причиной самопроизвольных разрывов матки являются, далее, патологоанатомические изменения стенок матки с перерождением и истончением ее ткани, замена мышечной ткани фиброзной, гиалиноз ее, проникновение децидуальной ткани в рубцовую или наличие рубцов в стенках матки после операции на матке, например при кесаревом сечении в прошлом и пр. Если указанные выше причины самопроизвольных разрывов матки в процессе родового акта не были учтены и в результате этого недосмотра произошел разрыв, то родственники роженицы могут поставить это в вину медицинскому персоналу.

Разрывы матки при беременности могут быть связаны с грубой травмой (удар по животу или резкое падение на живот или ягодицы).

Помимо самопроизвольных разрывов матки, нередко встречаются так называемые насильственные разрывы. В большинстве случаев они происходят, когда при перерастянном отделе матки грубо и неумело применяют наложение щипцов или поворот. При повороте или изведении ножки введенная в полость матки рука усиливает перерастяжение, что вызывает разрыв матки. Иногда разрывы матки наблюдаются при неумело проводимой операции отделения приращенного детского места, особенно если стенка матки истончена. По глубине разрывов различают полный разрыв, когда разрывается не только стенка матки, параметрий, но и брюшина, и неполный разрыв, когда брюшина остается нетронутой.

Частота разрывов матки, по разным авторам, колеблется от 0,02 до 0,1%. По данным Л. С. Персианинова, разрывы чаще встречаются в возрасте от 31 года до 40 лет, причем они чаще бывают у многорожавших. Травматические разрывы большей частью имеют продольное направление, а самопроизвольные — зигзагообразно-поперечное. Широкое развитие в СССР родовспоможения способствовало снижению количества травматических разрывов матки с 55,6%, по Н. З. Иванову, в 1904 г. до 5,6%, по Л. С. Персианинову, в 1954 г.

К тяжелым травматическим осложнениям послеродового периода относятся мочеполовые свищи, чаще всего пузырно-влагалищные и пузыр-

но-кишечные, реже мочеточниковые. Причиной их является длительное стояние головки во входе в таз, когда происходит прижатие мягких тканей, находящихся между головкой плода и костями таза. Такие свищи образуются не сразу после родов, а спустя 7—10 дней. Прижатые ткани омертвевает не сразу. Но когда этот процесс заканчивается, омертвевший участок выпадает, и на его месте образуется свищевое отверстие. Травматические свищи, появляющиеся вследствие ранения мочевого пузыря инструментами — перфоратором, ножницами и пр., обуславливают подтекание мочи тотчас же после родов.

Пузырно-влагалищные свищи располагаются преимущественно в своде передней стенки влагалища и гораздо реже на задней.

Весьма редки пузырно-шеечные и пузырно-маточные свищи. Они встречаются при механических повреждениях одновременно стенки матки и заднего свода влагалища.

Травматические пузырно-влагалищные и кишечно-влагалищные свищи значительных размеров являются тяжелым заболеванием ввиду постоянного подтекания мочи и недержания кала и газов. При такой патологии, если свищи не поддаются оперативному лечению, возникает вопрос о нетрудоспособности женщины.

При дифференциальной диагностике самопроизвольных акушерских свищей и травматических свищей решающее значение имеет оценка условий их возникновения и специфика самого свища.

Самопроизвольные послеродовые свищи возникают в результате затянувшихся, длительных родов. При этом продвижение по родовому каналу головки оказывает продолжительное давление на мягкие части, а именно на ткани пузырно-вагинальной и пузырно-ректальной перегородки.

В результате длительного давления наступает некроз и гангрена с последующим образованием свищей разных размеров и локализации. Основной особенностью самопроизвольных акушерских свищей является то, что в процессе родового акта не применялись оперативные вмешательства. Кроме продолжительности родов, образованию подобных свищей благоприятствует: узкий таз, неправильные вставления головки, величина плода, так как роды в этих случаях затягиваются и имеется ряд отклонений от нормальных родов.

Травматические послеродовые свищи являются результатом акушерских операций — наложения высоких щипцов, перфорации головки, поворота плода с извлечением его. В части случаев в процессе операции могут возникнуть ранения соседних с беременной маткой органов с последующим образованием пузырно-влагалищных, кишечно-влагалищных, мочеточниковых или сложных комбинированных свищей. При экспертизе травматических свищей следует учитывать, что нередко та или иная операция производится после длительных и безуспешных родов, когда в мягких тканях родовых путей уже успел образоваться некротический очаг. При травматических пузырно-влагалищных свищах подтекание мочи обнаруживается непосредственно после операции или вскоре после нее. При самопроизвольных акушерских свищах, возникающих в результате гангрены, подтекание мочи обнаруживается только через 1—2—3 суток после родов.

При механических повреждениях необходимо принимать во внимание локализацию разрывов, характер ранений, вид краев раны, совпадение со временем родов. Примером этого служат повреждения на шейке матки.

Как указывалось выше, самопроизвольные разрывы встречаются довольно часто. Они имеют характерное поперечное направление в углах шеечного отверстия. Механические повреждения имеют другую локализацию.

цию. Обычно они располагаются в продольном направлении. Следует заметить, что при самопроизвольных родах (без оперативных пособий) центральные разрывы шейки встречаются очень редко. После того как мостик, отделяющий центрально расположенное отверстие на передней губе шейки от перфорационного отверстия, разрывается, разрыв приобретает продольное направление и обширный характер. Такую особенность судебно-медицинский эксперт должен принять во внимание и уметь отличить механические повреждения от самопроизвольных, не относящихся к вмешательству медицинского персонала.

СТРЕМИТЕЛЬНЫЕ, БЫСТРЫЕ РОДЫ

Под стремительными, быстрыми родами подразумевают такие роды, которые заканчиваются настолько быстро, что могут застигнуть женщину врасплох и поэтому могут происходить в неблагоприятной для родоразрешения обстановке.

Изгнание плода происходит с такой быстротой, что ребенок внезапно выталкивается из половых органов, часто при положении матери на корточках или стоя.

Средняя продолжительность нормальных родов у первородящих — от 20 до 24 часов, у повторнородящих — 10—12 часов. Период изгнания у первородящих продолжается около 2 часов, а у повторнородящих — около 1 часа.

При объяснении стремительного окончания родового акта в каждом отдельном случае необходимо принимать во внимание различные обстоятельства. Среди причин огромное значение имеет безболезненное течение родов, когда совершенно отсутствуют те болевые импульсы, которые в нормальных условиях заставляют женщину своевременно прибегнуть к акушерской помощи, или болевые ощущения появляются настолько поздно, что женщина не успевает вовремя обратиться за помощью.

Стремительным родам благоприятствует также широкий таз, широкие и легко растяжимые мягкие ткани родового канала, малые размеры плода, головное предлежание, бурные схватки, сильные потуги и пониженная чувствительность женщины, а также состояние центральной нервной системы, местные генитальные изменения и состояние всего организма, в котором могут возникать раздражители, оказывающие рефлекторное влияние.

Безболезненные стремительные роды надо отличать от уличных родов, которые встречаются чаще и с которыми они имеют мало сходства, так как последние происходят при совершенно иных обстоятельствах: главную роль здесь играет незнание или игнорирование срока возможных родов, или преждевременное наступление их.

По типу уличных родов стремительные роды иногда происходят в железнодорожном вагоне, на пароходе, в автомобиле.

В некоторых случаях по неопытности, а иногда из желания скрыть свои роды возможно дольше, женщина не обращается в консультацию, и, не желая провести их в родильном доме и избегая акушерской помощи, родит во всяком положении — стоя, сидя, на ходу.

Желая избавиться от ребенка, женщина в ряде случаев преднамеренно ставит себя в особые, неблагоприятные для родоразрешения условия: удаляется в лес на время родов и пр. Известен случай, когда беременная во время начавшихся схваток вошла в реку и оставалась в ней до окончания родов. Ребенок вместе с последом был унесен течением реки.

Судебная гинекология знает значительное количество стремительных родов, когда женщина из боязни, чтобы не была обнаружена ее беремен-

ность, до последней минуты крепилась, не желая выдать свою тайну, и, несмотря на сильные родовые боли, продолжала выполнять свои обязанности, а затем, уединившись, умышленно рожала без помощи.

Если свидетельствуемая заявляет, что роды у нее закончились после нескольких потуг, то начало их правильное будет отнестись к более раннему периоду. В таких случаях подобный опрос выясняет многое и показывает, что за несколько часов и дней до родов у нее были боли, хотя бы небольшие. Известно, что под влиянием даже незначительной боли родовая деятельность разворачивается и сглаживание и раскрытие маточного зева происходит прежде, чем сойдут воды и начнется изгнание плода. После такой подготовительной работы матке часто бывает достаточно лишь нескольких сильных потуг. При указанных условиях женщина может разрешиться неожиданно для себя, но в подобных случаях причина таких родов будет заключаться в игнорировании тех едва болезненных или умеренных схваток, которым свидетельствуемая не придавала должного значения. Многие женщины заявляют, что роды происходили при дефекации или мочеиспускании.

Судебно-медицинская экспертиза по поводу быстрых родов над стульчаком имеет ряд особенностей. Нередко обвиняемая, желая избежать наказания, старается запутать или извратить факты. В таких случаях она сообщает, что роды у нее происходили в другом месте, ребенок родился мертвым и позднее она бросила труп его в отхожее место.

Подобные ситуации требуют изучения многих фактов и обстоятельств для заключения экспертизы. Необходимо установить характер родового процесса. Не меньшее значение приобретает осмотр местности и установление того факта, что роды происходили именно здесь. На месте, где женщина родила, при своевременном осмотре могут быть обнаружены следы крови, хотя вполне возможно, что кровь может быть смыта. Однако при более подробном осмотре стульчака, краев отверстия и нижележащих стенок уборной можно отыскать следы крови. Без сомнения, в зависимости от фактора времени подобные находки требуют строгой критической оценки, потому что сиденье и стульчак могут быть случайно испачканы кровью. Кроме того, необходимо доказать принадлежность следов крови именно подозреваемой или обвиняемой. В некоторых случаях кровь попадает на сиденье или стульчак, когда женщина, родив в другом месте, приносит ребенка, чтобы бросить его в отхожее место, куда кровь попадает из последа или пуповины.

Следы крови иногда можно проследить от комнаты до уборной. При этом могут иметь место разные варианты. В одном случае следы крови могли возникнуть при родах, начавшихся вне уборной и закончившихся именно в ней, в другом случае они могут появиться при родах, начавшихся в отхожем месте и закончившихся в комнате.

Нужно иметь в виду, что полностью или частично мумифицированная пуповина определенно доказывает, что ребенок попал в яму с нечистотами не при быстрых родах, так как свежая пуповина в жидкостях никогда не мумифицируется и не высыхает. Подсыхание пуповины происходит через 5—7 дней после родов, так что нахождение ребенка с мумифицированной пуповиной опровергает стремительные роды.

Перед экспертизой может быть поставлен вопрос, долго ли находился плод в выгребной яме. Чтобы ответить на этот вопрос, необходимо получить данные о времени года, средней температуре предполагаемого периода и о других обстоятельствах, могущих оказать влияние на степень трупного разложения. Кроме того, важно полученные сведения сопоставить с данными судебно-медицинского исследования трупа ребенка.

Скорость и степень трупного разложения зависят от многих условий внешней среды: времени года, метеорологических условий, пребывания трупа на воздухе, в разнообразных жидкостях или полужидкой среде, характера почвы, в которой находился труп (болотистая, глинозем, песчаный грунт, навоз и пр.).

Разная степень разложения трупа зависит от развития гнилостных бактерий, содержащихся в желудке и кишечнике: через кишечные стенки они проникают в печень и другие соседние органы. В результате этого летом через 20—25 часов, а зимой через 2—3 суток появляются зеленые трупные пятна.

Начало трупной эмфиземы наступает летом через 2—6 суток, а зимой—через 20—30 суток. Гниение трупа наступает на 2-е сутки, через месяц и больше, разрушение мухами — на 2-е сутки, начало гнилостного размягчения трупа — через 3 недели, 3—4 месяца и более, поверхностная мумификация — через 2—3 месяца, полная мумификация — через 4—12 месяцев, начало образования жировоска — через 1—3 месяца, полное скелетирование погребенного трупа — через 1½ года и более.

Эти данные (по Н. В. Попову) имеют ориентировочное значение, так как приведенные сроки могут колебаться в зависимости от указанных выше условий. Очень важно учитывать, что процессы гниения и трупного разложения у недоношенных наступают при прочих равных условиях значительно скорее, чем у доношенных.

С целью объективного исследования процессов разложения трупов С. С. Быстров предложил фотоколориметрический метод, основанный на принципе последовательных определений концентрации углекислоты. Для оценки интенсивности процессов разложения автор разработал специальные показатели, объективно выражающие интенсивность и тенденцию процессов разложения. Методика основана на математическом учете всех, в том числе малейших изменений концентрации углекислоты в динамике. Автор считает, что предлагаемый им метод может найти применение не только в судебной медицине, но и в других отраслях медицины — гигиене, микробиологии — во всех случаях, когда требуется чувствительный метод точных динамических определений таких газов, как углекислота и аммиак.

К числу осложнений у матери при стремительных родах относятся разрывы промежности и разрывы шейки. В связи с быстрым опорожнением матки иногда возникают значительной силы атонические кровотечения. Вследствие внезапного падения кровяного давления может наступить выворот матки и обморочное состояние матери.

В. А. Мишин проанализировал 445 случаев стремительного течения родов. Из них в 42% роды протекали без всякой помощи, в самой разнообразной обстановке: на улице, в экипаже, по пути в родильный дом, у дверей и на лестнице родильного дома, на посылках и в железнодорожном вагоне, на пароходе, в общежитии, в вагоне трамвая, на железнодорожной станции, на постоялом дворе, в автомобиле. В 84,5% случаев роды были срочными, а в остальных наступали ранее обычного срока. Ягодичное предлежание наблюдалось лишь у 2,9%, разрывы промежности — у 4,2% женщин. Наименьший вес плода у первородящих при наличии разрывов промежности равнялся 2100 г, а наибольший — 3700 г. У 94% женщин, независимо от срока родов, дети родились живыми и только у 5,8% мертвыми. На основании этих данных В. А. Мишин приходит к выводу, что стремительные роды часто протекают без всяких осложнений как для матери, так и для ребенка. Однако судебно-медицинская практика показывает, что при обследовании новорожденных после стремительных родов обнаруживается ряд механических повреждений.

которые необходимо разграничить с насильственными повреждениями при детоубийстве.

При обследовании ребенка необходимо обратить внимание на состояние пуповины, выяснить положение его при родах, определить наличие, объем и состояние головной опухоли или констатировать отсутствие ее.

При родах на корточках над стульчаком или стоя при значительном натяжении пуповина может разорваться еще до отхождения последа. Она разрывается в разных местах, но, как правило, ближе к пупку, причем иногда отрывается от пупочного кольца. Надо тщательно исследовать место разъединения пуповины и характер его, так как по особенностям краев остатка пуповины нетрудно отличить разрез острым предметом — ножом, ножницами и пр. от разреза тупым инструментом и установить, отрезана ли пуповина или оборвана. Оборвать пуповины может и сама женщина, хотя это и затруднительно ввиду особенностей строения пуповины. На отрезанной пуповине все части тканей отсечены в одинаковой плоскости в прямом и косом направлении, в то время как при обрывах ее водяная оболочка (амнион) имеет неровный, лоскутообразный край. Вследствие продольных надрывов сосуды пуповины бывают разорванными на разной высоте. Если разрыв макроскопически недостаточно ясен, следует подвергнуть его микроскопическому исследованию.

Разрыв пуповины относится к нередким явлениям и возможен не только при стремительных родах, но и в любом положении роженицы. Важным условием, способствующим разрыву пуповины, кроме короткости, является бедность вартоновой студеной и плевистое прикрепление ее. Причиной разрыва всегда является механическое воздействие. К патологическим изменениям в самой пуповине относится недостаточное развитие эластической ткани в сосудах, главным образом в артериях, и рыхлость вартоновой студени. Решение вопроса о самопроизвольном или искусственном отрыве пуповины представляет трудности, поэтому, кроме макроскопического исследования, следует прибегать к гистологическому исследованию.

Ввиду того что повреждения на теле и причина смерти при стремительных родах разнообразны и тесно связаны с внешними условиями, необходимо подробно обследовать место, где происходили стремительные роды.

В некоторых случаях женщина может смешать позывы к дефекации : начинающимися потугами и направиться в уборную, где у нее и могут произойти роды с падением ребенка в выгребную яму и смертью его. В таких случаях трудно установить, имела ли место преднамеренность или заблуждение.

Для решения вопроса, прошел ли ребенок через отверстие судна, надо сопоставить диаметр отверстия с величиной его головки и плечиков. Через отверстие деревянного примитивного судна над выгребными уборными или через отверстие железнодорожных суден ребенок может легко проскользнуть, о чем свидетельствует ряд случаев. Значительно труднее и почти невозможно прохождение доношенного ребенка через отверстие в сифонообразных усовершенствованных городских уборных. При насильственном проталкивании через отверстия судна на коже головки и на туловище могут оставаться повреждения.

Отсутствия у новорожденного головной опухоли может служить подтверждением стремительных родов. Однако наличие головной опухоли не может окончательно исключить стремительные роды, так как трудно учесть сочетание родоразрешения с длительным периодом раскрытия и быстрым, стремительным периодом изгнания. Головная опухоль образуется только у живых плодов, но если ребенок умер интранатально, т. е.

до родов, то независимо от характера родов головной опухоли не образуется.

При падении ребенка во время стремительных родов на твердые предметы могут происходить переломы костей черепа, преимущественно теменных, имеющие направление от стреловидного или ламбовидного шва к теменному бугру.

Смерть ребенка от потери крови в результате неперевязывания пуповины при стремительных родах наблюдается редко вследствие быстрого сокращения пупочных артерий. Особенностью строения пупочных артерий, кроме поперечных и продольных мышечных волокон, является также наличие эластических волокон. С началом легочного дыхания кровяное давление падает и в пупочных артериях. Вслед за отрывом пуповины происходит частичное закрытие просвета артерий вследствие сокращения артерий и заворачивания внутрь краев внутренней оболочки сосудов. Тем не менее потеря новорожденным 250—300 мл крови может обусловить смертельный исход.

Некоторые авторы считают, что отсутствие воздуха в легких и желудочно-кишечном канале новорожденного может служить подтверждением стремительных родов, независимо от того, наступила ли смерть от повреждения головки или от утопления. Это имеет следующие обоснования: в тех случаях, когда ребенок во время стремительных родов не попадает непосредственно в жидкость, а его бросают туда после родов, воздух успевает попасть в легкие и желудок. Содержание воздуха при стремительных родах даже при наличии тяжелых ранений головки вполне допустимо, так как при таких повреждениях возможны преагональные вдохи и, следовательно, поступление воздуха.

При оценке возможности возникновения травмы у новорожденного при стремительных, быстрых родах судебно-медицинский эксперт должен оценить и сопоставить все условия, способствующие возникновению травмы. Сюда относятся высота и сила падения, которая может быть ослаблена благодаря натянутой пуповине. Кроме того, надо принять во внимание особенности структуры и особенности взаимоотношения костей черепа у новорожденных, которые обладают известной эластичностью. Поэтому большое значение имеют внешние условия и среда, которые встречает головка и все тело новорожденного при падении. Известны случаи падения новорожденного с большой высоты на ходу поезда, когда он проскакивал через отверстие уборной, оставался живым и не имел никаких повреждений. Приводим весьма поучительный в этом отношении случай, описанный С. П. Георгиевским¹.

Х., 22 лет, 31/VII 1932 г. возвращалась из отпуска к месту службы в Новгород. Она ехала со станции Мясной Бор, отстоящей от города в 36 км. Имея последние менструации в конце декабря или в начале января, Х. рассчитывала, показавшись в консультацию, продлить отпуск по беременности и вернуться домой. Садясь в вагон вместе со своей невесткой около 10 часов утра, Х. чувствовала себя вполне удовлетворительно и, проехав первый перегон в 14 км, выходила на площадку вагона, чтобы повидаться и поговорить со знакомым на ст. Подберезье (поезд здесь стоял не менее получаса).

Перед отходом поезда с этой станции Х. ощутила сильную тяжесть внизу живота («стало давить на низ»). Отнеся это ощущение к обычным позывам на дефекацию, она отправилась в уборную. Здесь уже во время хода поезда, сидя на стульчаке и натуживаясь, она почувствовала, как «что-то сразу опустилось, потянуло книзу, оборвалось и хлынула кровь». Решив, что у нее происходят роды, и быть может, выпал ребенок, она открыла дверь и попросила стоявшую в проходе девочку позвать невестку. Но девочка невестку не нашла. Пришлось обратиться с этой же просьбой к проходившей женщине, которая и направила к ней невестку. Последняя

¹ Опубликовано в «Сборнике работ Государственного научно-исследовательского института судебной медицины». М., 1940.

отыскала проводника вагона, тоже женщину, и главного кондуктора. Они, освободив в вагоне скамейку, перенесли Х. из уборной в вагон. По словам Х., она тогда заявила, что у нее «хлынула кровь, внизу оборвалось, в животе стало пусто, и ребенок провалился в судно». Однако поезда не остановили и он обычным ходом (25 км в час) прибыл в положенное время, около 12 часов дня, в Повгород.

Из вагона гражданку Х. препроводили в железнодорожный приемный покой, где вскоре выделилось и детское место. Так как у Х. был обнаружен разрыв промежности, ее доставили в городской родильный дом, где ее приняли в 2 часа дня и немедленно наложили четыре шва на промежность.

Несмотря на то что выделенное детское место соответствовало крупному жизнеспособному ребенку, что факт происшедших родов в уборной вагона и потеря ребенка в пути через отверстие стульчака, не имевшего клапана, не поддала сомнению, ни администрация приемного покоя, ни администрация движения не приняли никаких мер к отысканию ребенка. Поэтому невестка гражданки Х., оставив свои личные дела, поспешила на обратном поезде, отходившем в 3-м часу дня, в Мясной Бор, чтобы сообщить родителям о происшедшем и принять меры к отысканию ребенка.

Пока мать, окруженная людьми и ни на минуту не оставляемая ими, благополучно достигла родильного дома, новорожденный довольно долго оставался один под открытым небом. Он оторвался на вытянутой пуповине и упал не на рельсы, а на бровку полотна (несочный скат от концов шпал) в 2 км от ст. Подберезье. Момент падения относится к 11 часам утра. После этого до 4 час. 30 мин. дня ребенок оставался на песке, будучи предоставлен самому себе и многочисленным опасностям: действию ветра, солнца, быть может, дождя, пробегающих собак, возможно, диких животных, пролетающих ворон и других хищных птиц, насекомых и, наконец, действию промчавшегося над ним около 4 часов дня обратного поезда. Но все эти опасности миновали его.

В 4 часа дня проходившая по железнодорожному полотну женщина заметила живого ребенка, лежащего на бровке в песке. Однако она его не подняла, ссылаясь на то, что несла своего ребенка в корзине. Придя в деревню, находившуюся около железной дороги, она рассказала свекрови, 65-летней женщине, о своей «находке», и та с соседкой направились к указанному месту с намерением взять ребенка, захватив с собой одеяльце, чтобы завернуть его. Здесь они нашли обвалившегося в песке, с обмотанной вокруг шейки пуповиной живого ребенка без заметных повреждений.

Возвращаясь домой, женщины встретили дорожного мастера, к которому и обратились за советом, что дальше делать с ребенком. Тот предложил отнести его в сельский Совет, а сам доложил на станции о поднятом на железнодорожном пути младенце «в одеяльце». Эта формулировка «в одеяльце», переданная в Повгород, сыграла неприятную роль для Х., которая была заподозрена в умышленном выбрасывании ребенка на ходу поезда.

Женщины в сельский Совет ребенка не понесли, а, придя домой, перевязали ему пуповину, обмыли его и стали за ним ухаживать. Под утро приехал брат Х. с женой. Они взяли и доставили его 1 августа в 6 часов утра в родильный дом. Таким образом, новорожденный, избежав многих опасностей и препятствий, попал к своей матери спустя 19 часов после появления на свет.

Из истории болезни родильного дома выяснилось следующее: «Х., первородящая, доставлена в 2 часа дня 31/VII 1932 г. с разрывом промежности, но без ребенка. Наложено четыре шва на промежность. Температура выше 37,2° не поднималась; выписана из родильного дома 8/VIII». На этом же листке отмечено: «1 августа в 6 часов утра доставлен младенец; вес 3 кг, длина 49 см. Окружность головки 35 см, окружность плечиков 34 см, окружность груди 33 см, окружность ягодиц 25 см, большой косой размер черепа 13,5 см, малый косой 9 см. На поверхности тела местами обнаружены ссадины: на левой щеке, левом боку, спинке и правом колене. Пол мужской».

4/VIII агентом железной дороги ГПУ с гражданки Х. было снято первое показание. Кроме того, были опрошены женщина, нашедшая ребенка, и дорожный мастер. В дальнейшем дело поступило к следователю, который поставил ряд вопросов судебно-медицинскому эксперту. Для разрешения этих вопросов была освидетельствована Х. и ее ребенок.

На основании данных осмотра и предшествовавшего материала расследования экспертом были сделаны следующие выводы, послужившие ответом на вопросы следователя:

1. Прохождение головки через малый таз и напирание ее на прямую кишку действительно сопровождаются во время родов ощущением позывов к испражнению.
2. Сидя на стульчаке Х. должна была ощущать сильные боли, но как первородящая могла добросовестно заблуждаться, полагая, что после испражнения боли прекратятся.
3. Падение новорожденного ребенка через отверстие стульчака, не имевшего клапана, вполне возможно, и в судебно-медицинской литературе описаны такие случаи даже по ходу курьерских поездов.

1. Отсутствие серьезных повреждений на теле ребенка говорит о том, что он не был брошен с высоты стульчака или выброшен в окно, а постепенно опустился на пол, пока последняя, вытянувшись, не оборвалась.

ПОСМЕРТНЫЕ, ИЛИ ТРУПНЫЕ, РОДЫ

Трупными называются такие роды, когда роженица до окончания родового акта умирает и ребенок остается в теле матери, а через более или менее продолжительное время выходит из родовых путей — «рождается».

Посмертные роды приобретают особое судебно-медицинское значение, когда они происходят в морге, что создает много неприятных толкований. Эти случаи показывают, что беременность не была распознана или скрывалась. Поэтому может возникнуть вопрос о врачебной ошибке или об отсутствии надлежащей акушерской помощи, так как врачебный долг требует принятия мер к окончанию родов у рожениц,отягощенных какими-нибудь заболеваниями.

Случаи трупных родов описаны многими авторами, и этому явлению давали разные объяснения. В единичных случаях имел место выворот матки как явление, сопутствовавшее трупным родам, что объясняли якобы посмертными сокращениями матки или повышением внутрибрюшного давления вследствие развития гнилостных газов. Современные данные показывают, что посмертное изгнание ребенка происходит не только в результате развившихся гнилостных газов в матке, но и под влиянием действия кишечных газов. Прежнее предположение о возможности сокращения матки и мускулатуры брюшных стенок необосновано. Однако при вскрытии трупов с посмертными родами в некоторых случаях находили сокращенную матку. Это объясняется тем, что период раскрытия закончился и что до момента смерти взаимоотношения между размерами, положением плода и емкостью таза не препятствовали выходу ребенка. Послед- в таких случаях чаще остается в полости матки.

СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ САМОПОМОЩИ ПРИ РОДОРАЗРЕШЕНИИ

Самопомощь при родоразрешении чаще всего имеет место в тех случаях, когда женщина по тем или иным причинам стремится разрешиться тайно и как можно скорее закончить роды. При замедлении родов она захватывает выходящую из половых органов головку, шейку плода, ножку и, применяя силу, старается вытащить плод.

Поэтому повреждения при самопомощи во время родов обычно располагаются на лице и шее в форме вдавлений от пальцев, царапин, а иногда кровоизлияний в грудино-сосковые мышцы. В некоторых случаях трудно отличить следы повреждений при самопомощи от умышленно нанесенных повреждений в целях детоубийства.

Подобная экспертиза представляет затруднения в тех случаях, когда роженица пыталась делать повороты и вытаскивать головку, идущую в заднезатылочном положении и не перешедшую путем ротации в переднее положение. При этом рука женщины будет надавливать на переднюю поверхность шеи. При подобной ситуации повреждения могут быть приняты за преступно нанесенные. Более серьезные повреждения (переломы костей черепа или повреждения гортани) при самопомощи не встречаются, так как для их возникновения требуется гораздо большая сила. Однако Каспер считает, что при самопомощи, когда женщина возбуждена родовыми болями и напрягает все усилия для скорейшего окончания нежела-

тельных для нее родов, возможность вывиха шейных позвонков плода не исключена.

В. О. Мержеевский, описывая самопомощь при родоразрешении и перечисляя находимые на трупe новорожденного повреждения, предостерегает от ошибки, которую можно допустить, приняв за «преступное насилие» повреждение, обыкновенно встречающиеся на головке плода в виде подапоневрозного кровянисто-студенистого кровоизлияния. Он рекомендует далее не смешивать странгуляционную борозду на шее новорожденного с «желобком», т. е. с бороздкой, остающейся после обвития пуповины, которая бывает особенно рельефно выражена у упитанных новорожденных.

При оценке самоповреждений при родах в целях отличия их от насильственных повреждений следует принимать во внимание следующие обстоятельства. На трупах детей, найденных в отхожих местах, выгребных ямах, в воде и пр., часто обнаруживается много царапин, изъеденных участков кожи, в некоторых случаях они бывают изъедены грызунами, иногда собаками, а в воде раками. Описанное состояние трупа ребенка надо оценить должным образом, так как малоопытный судебный эксперт после первого осмотра склоняется к убеждению о наличии преступных повреждений. Конфигурация головки может измениться, если труп был завернут в тряпки или долго лежал в одном положении — животом вниз.

При оценке происхождения повреждений у новорожденного на разных частях тела необходимо установить их причинную связь во времени, определить прижизненное или посмертное их происхождение, являются ли они результатом самопомощи при родах или относятся к насильственным. Насильственные повреждения в форме следов от давления или царапин, осаднений на носу, в области ноздрей, подбородка, передней поверхности шеи могут возникнуть в то время, когда женщина насильственно препятствует крику и дыханию ребенка, желая скрыть роды. Подобные повреждения по сравнению со следами при самопомощи во время родов отличаются обширностью, имеют экстравазаты, характеризующиеся изолированностью и расположением в области рта, на щеках и затылке. Эти признаки исключают версию о самопомощи и говорят об удушении.

Следует иметь в виду, что при ягодичных родах на последующей головке в случаях самопомощи могут возникнуть повреждения, аналогичные тем, которые происходят при ручном акушерском оперативном вмешательстве. В литературе сообщается о случаях, когда женщина при потягивании за ножки или туловище плода наносила ему травму в виде разрыва печени, повреждения позвонков, отрыва головки и нижних конечностей (Кратер, Рут, Фрич). Подобные повреждения чаще наблюдаются у мертвых или недоношенных, мацерированных плодов.

В целом вопрос о самопомощи или насилии решается на основании результатов вскрытия и установленной с помощью его причины смерти; внутриматочная асфиксия или асфиксия у дышавшего новорожденного, или недоразвитие, или родовая травма.

РОДЫ В БЕССОЗНАТЕЛЬНОМ И НЕВМЕНЯЕМОМ СОСТОЯНИИ

Известны случаи, когда роды протекают и совершаются в бессознательном состоянии женщины. В связи с этим они могут происходить в неблагоприятных условиях, когда роженица не в состоянии оказать надлежащую помощь новорожденному. Сюда относятся болезненные состояния (например, эклампсия, эпилепсия), шок, сильная степень опьянения, не-

осознание беременного состояния и наступления родов при психических заболеваниях, у больных, страдающих слабоумием, у дебильных женщин. Кроме болезненного состояния, в таких случаях причиной может быть неопытность, растерянность женщины, наличие у нее острого страха во время родов или непосредственно после них, так что возникает вопрос, отдавала ли она себе отчет в происходящем, не могла ли она принять живого ребенка за мертворожденного, т. е. вопрос о вменяемости роженицы. Ответ на это должен быть основан не только на обследовании матери и ребенка, но и на подробном изучении всех обстоятельств дела.

При судебно-медицинских экспертизах и на суде женщины очень часто заявляют, что они не помнят и не знают срока наступления родов, так как не знали и не чувствовали времени наступления беременности.

Добросовестные заблуждения в этом направлении допустимы в тех случаях, когда, несмотря на существование беременности, имеются кровянистые выделения, напоминающие менструации, что бывает при наличии полипов, эрозий, эндометриозов. При такой патологии ошибки в определении срока родов возможны у женщин и у врачей.

При экспертизе и на суде женщины иногда заявляют, что они не помнят времени наступления у них менструаций и не следят за их циклом. К такому утверждению следует относиться с большой осторожностью. Всем хорошо известно, что отсутствие менструаций у совершенно здоровой женщины расценивается как один из весьма вероятных признаков беременности. Нежелание женщины подготовиться к ожидаемым родам, стремление ее провести их тайно, в неподходящих условиях (в нежилом помещении, вдали от жилья, над ведром воды или стульчаком) принимается во внимание при рассмотрении обстоятельств дела.

При таких условиях смерть ребенка может наступить при пассивном отношении к нему, что выражается в оставлении его без помощи.

Ответственность роженицы. Совершенно естественно, что абсолютно нормальная, здоровая женщина, не страдающая расстройствами психики, во время беременности и родов должна сознавать все происходящее с ней и тем самым нести за него ответственность. Поэтому, ориентируясь в своем положении после родов, она может и должна, если к этому нет каких-либо серьезных препятствий, оказать помощь новорожденному и позаботиться о нем.

Однако у некоторых женщин беременность сопровождается функциональной неустойчивостью нервной системы, склонностью к аффектации, причем иногда до такой степени, что они теряют способность ориентироваться в своем положении и в окружающей обстановке.

Зейдлер опубликовал ряд примеров резких изменений центральной нервной системы у женщин под влиянием беременности вплоть до кататонии, стремлении к убийству и пр. Кроме подобных изменений, стоящих на грани нормы и патологии, у беременных и в послеродовом периоде наблюдаются выраженные психозы. Из послеродовых психозов чаще развивается галлюцинозная спутанность — аменция, большей частью остро, т. е. через несколько часов или в ближайшие дни после родов. В двигательной сфере в одних случаях развиваются депрессия и неподвижность, а в других — резко выраженное психомоторное возбуждение агрессивного характера, направленное против рождения ребенка. Такие формы психозов чаще встречаются при нежелательной беременности, когда появление на свет ребенка не является радостью. Изменение психики выражается в затемнении сознания, дезориентировке в месте и времени, иллюзиях и бредовых идеях.

При подобной патологии, которая должна устанавливаться при консультации с психиатром, ответственность роженицы исключается.

В противоположность этому при наличии фактов, подтверждающих, что женщина, стремясь скрыть следы бывших родов, сама отмывала на полу своей комнаты или в уборной следы крови, прятала смоченное кровью белье, спрятала ребенка и пр., ответственность роженицы вне сомнений. Из практики судебно-медицинской экспертизы известны такие случаи, когда женщина в целях маскировки бывших у нее родов непосредственно после родов приступала к работе.

Иногда женщина при нежелании иметь от случайной связи ребенка, который может стать для нее бременем, после родов, происшедших в лечебном учреждении, оставляет ребенка без помощи. В подобных случаях она привлекается к ответственности в соответствии со статьей 127 Уголовного кодекса РСФСР.

НОВорожденность, живорожденность, доношенность

НОВорожденность

При судебно-медицинской экспертизе по поводу детоубийства от судебно-медицинского эксперта требуется ответить на следующие главные вопросы:

- 1) был ли ребенок новорожденным;
- 2) был ли он жизнеспособным;
- 3) какова продолжительность его утробной жизни;
- 4) родился ли ребенок живым или мертвым;
- 5) как долго жил он после родов;
- 6) пользовался ли он необходимым уходом;
- 7) какова причина смерти ребенка.

Понятие «новорожденный ребенок» и определение срока новорожденности нередко вызывают споры у законодателей и у юристов.

По мнению одних, новорожденным следует считать ребенка в течение 1—3 суток, по мнению других — с начала первого кормления грудью. Наиболее правильное и обоснованное толкование периоду новорожденности дает проф. К. К. Скробанский: «После рождения плода для него начинается период новорожденности».

Длительность этого периода исчисляется первыми 3—4 неделями жизни новорожденного, в течение которых исчезают все особенности внутриутробного развития и последствия родов: остатки пупочного канатика, головная опухоль, одновременно закрываются пупочные сосуды, ductus Arantii, Botallii, закрывается foramen ovale и организм новорожденного приспособляется к новым для него условиям жизни и питания (цит. по К. К. Скробанскому).

В обыденной жизни новорожденным принято называть ребенка первых 7—10 дней жизни, т. е. до выписки из родовспомогательного учреждения, что нельзя считать обоснованным.

В отношении установления признаков новорожденности у трупа проф. В. М. Смольянинов говорит следующее: «Вывод о новорожденности по данным трупа ребенка позволителен только на основании совокупности всех признаков ее»¹.

В. О. Мержеевский подробно останавливается на сущности этой дискуссии, касавшейся определения меры наказания женщине при детоубий-

¹ В. М. Смольянинов. Определение зрелости и жизнеспособности плода. В кн.: Судебно-медицинская акушерско-гинекологическая экспертиза. ОГИЗ. М., 1935, стр. 104.

стве. Он считает, что можно обойтись без слов «новорожденный», а следует базироваться на тех изменениях, которые наступают у ребенка непосредственно после родов и в последующие часы и дни. С этим нельзя согласиться, так как предложение В. О. Мержеевского по сути не исключает термина «новорожденный».

Признаки новорожденности слагаются из наружных и внутренних особенностей новорожденного. К ним относятся: состояние кожных покровов, пупка и пуповины, наличие и характер головной опухоли, состояние легких и желудочно-кишечного тракта, особенности строения сердечно-сосудистой системы.

Кожа новорожденного тотчас после рождения имеет красноватый цвет разных оттенков. Краснота постепенно бледнеет. Кожные покровы отличаются некоторой сочностью. С 3—4-го дня кожа приобретает желтую окраску разной интенсивности. После удаления первородной смазки кожа становится суше и начинается шелушение, которое обычно затягивается до 7—8 дней.

Однако процесс шелушения в некоторых случаях может начинаться раньше или затягиваться.

Кожа доношенного, упитанного ребенка туго натянута, с достаточным количеством подкожной клетчатки, красноватого цвета. Пушок остается хорошо заметным на плечах и в области лопаток. Глаза имеют блестящую прозрачную роговицу. Зрачки расширены.

Следы крови в виде пятен на коже являются одним из признаков новорожденности, если не был сделан туалет, но только при условии исключения других источников попадания крови, например при ранении или из пупка, последа. Отсутствие крови на поверхности тела ребенка не дает права признать его только что родившимся, т. е. новорожденным. Однако следует принять во внимание, что это может зависеть от разных условий, в которых мог находиться труп (например, пребывание в реке, в колоде и пр.).

Остановившись на этом признаке, В. Л. Мержеевский приводит следующие три соображения. Этот признак привлекал внимание с древнейших времен, потому что до некоторой степени отражает душевное состояние матери во время детоубийства. Если мать совершает детоубийство после того, как она обмыла своего ребенка, т. е. привела его в порядок, то ее преступление нельзя считать совершенным в состоянии высшего возбуждения и потери ориентировки, так как процесс обмывания указывает на более или менее спокойное состояние. То же самое, но лишь в известной степени относится и к сыровидной смазке.

Кожные покровы в области заднепроходного отверстия, в области ягодиц или на задней поверхности могут быть замараны меконием — первородным калом.

Первородный кал представляет собой темно-зеленого цвета однородную массу, состоящую из слизи, желчи, кристаллов холестерина, клеток кожного и кишечного эпителия и мекониевых телец.

В. С. Лисовецкий на основании вскрытия 155 трупов новорожденных, умерших во время родов или вскоре после них, установил, что при весе плодов 2900—3000 г у 47% детей мекония в кишках почти не было, у 26% его было мало — от 20 до 30 г, а у 11% его было много — от 30 до 100 г. При этом меконий бывает жидкий, густой, темно-зеленый, зеленый, желто-зеленый, коричневый, иногда красноватый от примеси крови. Автор считает, что нормальный меконий у плода отмечается до начала родов. В генетическом отношении он является кишечным. Меконий из кишечника удаляется чаще всего через 1—2 дня, но иногда задерживается до 3—4 дней. Во время родов может выделиться значительное количество

мекония. Поэтому для заключения о поворожденности существенную роль играет не количество, а самый факт его наличия.

Выделение мекония во время родов во всех случаях следует рассматривать как патологическое состояние плода, учитывая, что у 47% плодов, умерших во время родов и вскоре после них, мекония в кишечнике почти не было.

Сыровидная смазка *vernix caseosa* иногда толстым слоем покрывает тело новорожденного. В тех случаях, когда ее бывает немного и она покрывает не всю поверхность тела, некоторое количество ее можно обнаружить в складках кожи и в углублениях подмышечных впадин, на шее, в паховых областях, сгибах конечностей. По своей консистенции она напоминает жирную на ощупь мазь серовато-белого цвета с перламутровым оттенком. При удалении или смывании она может оставаться на пальцах. Смазка состоит из жира — холестерина и кристаллов жирных кислот, являясь продуктом сальных желез. В ней также имеются клетки эпидермиса и пушковые волосы. Следует помнить, что на трупах, сгнивших или брошенных в воду, в отхожие места и пр., первородная смазка на вышеуказанных местах обычно не обнаруживается, так как в этих условиях она может быть смыта.

При вскрытиях вследствие трупного окрашивания или гниения часто невозможно распознать характерную красноватость кожи новорожденного вскоре после родов, а позднее становится неразличимым и желтоватое окрашивание его кожных покровов.

Пупок и пуповина. Состояние пупка и пуповины — один из основных опорных пунктов установления поворожденности, особенно ценный для судебно-медицинского эксперта.

Несомненно, что отпадение пуповины и заживление пупка на любой стадии дают основания для заключения, что ребенок после родов жил более или менее продолжительное время.

В тех случаях, когда вместе с ребенком обнаруживают неотделенную пуповину с последом, нет сомнения, что ребенок новорожденный. Некоторые авторы при этом рассматривают вопрос о времени пульсации пуповины, артерии которой после рождения ребенка продолжают некоторое время пульсировать. Обычно пульсация пуповины со стороны последа продолжается 5 минут и более. Бегание сосудов прекращается в направлении от последа к пупочному кольцу, где и заканчивается. Запустевание сосудов пуповины происходит путем разрастания пупки и образования соединительной ткани. Сосуды пуповины в высшей степени приспособлены к тому, чтобы движение крови по ним быстро прекращалось. Циркулярный мышечный слой артерий и пупочного кольца суживает просвет сосудов, а продольные мышечные слои, сокращаясь, обуславливают выпячивание эндотелия в просвет. Установлено, что через несколько минут после рождения ребенка поперечник артерий уменьшается на 1,5—2 мм и более.

Пуповина представляет собой шнур, длина и толщина которого меняется в разные сроки беременности: к концу ее длина пуповины достигает приблизительно 50—52 см, а толщина — 1,5 см. и больше. Пупочный канатик снаружи одет амнионом — оболочкой, состоящей из нескольких слоев эпителиальных клеток. Внутри канатика находятся две артерии и вена; их окружает вещество, называемое вартоповой студенью. При наружном осмотре пуповина бывает скручена, что, по-видимому, объясняется неодинаковым ростом двух содержащихся в ней артерий.

У новорожденного ребенка пуповина имеет бледно-голубоватый цвет с перламутровым оттенком. В дальнейшем, если новорожденный продолжает жить, отрезок пуповины у пупочного кольца начинает подсыхать,

сморщивается, мумифицируется и, приобретая в конце этого процесса вид жесткого шнура, отпадает. Этот процесс длится от 3 до 7 дней, большей частью 4 дня. Таким образом, если имеется подсохший, мумифицированный остаток пуповины, значит ребенку больше суток, а если этот остаток отделился, отпал, то ребенку 5—7 дней.

К числу других признаков новорожденности относится наличие демаркационного кольца. К концу 1-х суток кожа живота у самого пупочного кольца припухает и приобретает вид красной каймы.

Реактивное покраснение у новорожденного отличается от посмертных изменений наличием весьма характерного припухания кожи вокруг пупочного кольца.

Изменения пуповины и кожи на месте пупка на трупе зависят от условий гниения трупа: они могут высыхать или подвергаться гниению, а пуповина может отсутствовать вследствие вырывания или отпадения. При вырывании пуповины обнаруживается характерная пупочная рана с развороченными краями, что отличает ее от нормально рубцующихся грануляций пупка. По этому поводу В. О. Мержесвский говорит: «Нужно быть весьма осторожным в заключении об отпавшей пуповине, так как пуповина иногда бывает совершенно гладко оторвана у пупочного кольца, и это при недостаточной внимательности можно принять за нормальное отпадение ее».

На трупе, подвергшемся сильному разложению, состояние пуповины у пупка не может дать опорных признаков для определения новорожденности.

Наличие головной и кровяной опухоли — кефалогематомы — относится к достоверным признакам новорожденности. При прохождении плода через родовые пути его череп подвергается давлению со стороны тазовых стенок и претерпевает изменения, которые остаются заметными в первые дни жизни и не только дают возможность установить новорожденность, но и восстановить с точностью предшествовавший механизм родов. Головная опухоль располагается на подлежащей части плода и встречается очень часто, обычно на теменных костях, реже на затылочных или лобовых. Давление во время родов оказывает воздействие прежде всего на мягкие части головки и на тот участок черепа, который лежит ниже пояса соприкосновения, выступая из половой щели, вследствие чего данный участок находится под меньшим давлением и поэтому на мягких тканях его происходит более сильное наполнение сосудов — венозная гиперемия — с последующим серозным выпотом по типу присасывающего действия сухой банки. Головная опухоль представляет собой эластическое флюктуирующее напряженное полушаровое выпячивание на голове ребенка величиной 4—8 см², т. е. от голубинного до куриного яйца, которое в силу тяжести после родов при перемене положения головки и длительном пребывании в измененном положении может перемещаться. На разрезе головная опухоль имеет студневидный характер. Она желтоватого цвета с примесью крови. Кровянисто-серозное пропитывание занимает преимущественно кожу и рыхлую клетчатку между нею и перепонкой. Кроме того, кожа, рыхлая подкожная клетчатка, *galea aponeurotica* и надкостница в области опухоли пронизаны маленькими экстравазатами.

Состояние легких во внеутробной и внутриутробной жизни ребенка отличается некоторыми особенностями, но при загнивании трупа эти особенности не всегда позволяют точно установить продолжительность жизни ребенка. Вопрос решается при помощи легочной воздушной плавающей пробы, рентгенологического исследования на содержание воздуха и наличия гистологически определяемых специфических изменений. Если

воздух из легких не был вытеснен, то при отсутствии вторичного ателектаза можно считать, что ребенок новорожденный.

Желудочно-кишечный канал в зависимости от продолжительности жизни новорожденного наполняется воздухом. Для определения количества воздуха и локализации его существует желудочно-кишечная проба, о которой будет сказано ниже.



Рис. 69. Рентгенограмма трупа новорожденного. Легкие прозрачны, содержат воздух. Желудок и петли кишок заполнены воздухом (проба Петрова).

Для определения наличия воздуха в желудке и легких Диллон предложил применить рентгенографию, которая дает вполне удовлетворительные результаты (рис. 69 и 79). Следует, однако, сказать, что для рентгенографии требуется специальная аппаратура, поэтому плавательная



Рис. 70. Рентгенограмма мертворожденного VII лунных месяцев. В желудке и легких воздуха нет (проба отрицательная). В боковой части правого легочного поля определяется просветление («кажущаяся воздушность»), которое зависит от образования на трупе складок мягких тканей, потерявших свой нормальный тургор. На вскрытии: легкие мясисты, гладкие, полнокровны, сине-красного цвета. Опущенные вместе с сердцем в воду, они тонут. Маленькие кусочки легких также тонут в воде (по В. И. Петрову).

пр
п.
по
ди
чес
до

и мер
ным
мног
П
в тра
тракт
перно
ствен
нии т
тракт
Р
ничто
ткани.

проба, несомненно, более доступна и результаты ее проверены большим и, можно сказать, историческим опытом. Ниже приведены данные пробы по Диллону, разработанные В. И. Петровым.

При судебно-медицинской экспертизе трупов грудных детей необходимо использовать все способы диагностики, в том числе и рентгенологическую пробу, для определения степени пневматизации легких и желудочно-кишечного тракта (рис. 71 и 72). Диагностика живорожденности



Рис. 71. Рентгенограмма препарата изолированных легких из трупа мертворожденного недоношенного плода VII лунных месяцев. На снимке: легочная ткань воздуха не содержит. Небольшое количество воздуха в трахее. Легочная гидростатическая проба дала отрицательный результат для комплекса органов и для отдельных кусочков легких (по В. И. Петрову).

и мертворожденности, производимая по типам пневматизации, основанная на судебно-медицинских и рентгенологических данных, позволяет во многих случаях полнее установить причину смерти ребенка.

По данным В. И. Петрова, полное отсутствие атмосферного воздуха в трахеобронхиальном дереве, легочной ткани и желудочно-кишечном тракте безусловно доказывает, что смерть плода наступила в родовом периоде. Трупы плодов, смерть которых наступает во время и непосредственно после родов, обладают характерными особенностями пневматизации трахеобронхиального дерева, легочной ткани и желудочно-кишечного тракта.

Рентгенография изолированных легких дает возможность выявить ничтожные количества воздуха в трахеобронхиальном дереве и легочной ткани.



Рис. 72. Рентгенограмма препарата легких из трупа новорожденного: хорошо определяется легочный рисунок.

Рентгенологическое исследование трупов новорожденных утрачивает диагностическое значение для определения живорожденности при появлении выраженных гнилостных изменений наружных покровов трупа, так как с этого момента возникает гнилостное газообразование и во внутренних органах.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЗРЕЛОСТИ, ДОНОШЕННОСТИ И ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ ПЛОДА

Под жизнеспособностью понимают способность новорожденного жить вне материнского организма. Чтобы обладать такой способностью, ребенок должен достигнуть известной степени зрелости. Полная зрелость обычно наступает к концу X лунного или IX календарного месяца утробной жизни. Для определения зрелости руководствуются длиной тела, размерами головки, весом. Длина тела зрелого плода от 48 до 54 см. Вес подвержен значительным колебаниям и составляет от 2500 до 4000 г, но после смерти вследствие высыхания может быть меньше.

Размеры головки у доношенного ребенка: окружность на уровне затылочного и лобных бугров 34—35 см, лобно-затылочный размер 10—11 см, межтеменной или поперечный 8—9 см, подбородочно-затылочный или диагональный 12—13 см. Волосы на головке разной густоты 1—2 см длины. Хрящи носа и ушей плотные, эластичные. Ширина плечиков 12—13 см. Пуповина расположена на передней брюшной стенке,

несколько ниже середины расстояния между мечевидным отростком и симфизом. Одним из важных признаков является состояние половых органов: у мальчиков оба яичка должны находиться в мошонке, кожа мошонки темнее, чем кожа на теле; у девочек большие губы должны быть сомкнуты и прикрывать малые.

К числу других признаков доношенности относится наличие ядер окостенения в нижнем конце бедра в его эпифизе (рис. 73 и 74).

Методика определения ядра окостенения. Производят разрез кожных покровов ниже надколенника и вскрывают коленный сустав. Мягкие части и надколенник отворачивают кверху, через конец бедра

перпендикулярно к его длине производят горизонтальные срезы хрящевой ткани. Ядро окостенения при его наличии выделяется на фоне белесовато-

опалесцирующего хряща своим красным или розовато-красным цветом. Размеры ядра у доношенных детей колеблются в пределах от 0,2—0,8 до 1 см. Значение наличия ядра окостенения проф. В. М. Смольянинов оценивает следующим образом: «Ядро окостенения образуется преимущественно на X лунном месяце, в меньшем числе случаев его обнаруживают и на IX месяце, поэтому оно не представляет абсолютного признака зрелости. Однако наличие его допускает возможность сделать заключение, что ребенок достиг зрелости или близок к ней».

Ценность этого признака заключается в том, что он различим даже при значительном гипостном изменении трупа. Ядро окостенения встречается в эпифизе и

Рис. 74. Окостенение в эпифизе бедра. Мертворожденная. Вес 3000 г, длина 51 см, расстояние плечиков 35 см, окружность головки 33 см, большой кривой размер 14 см, прямой—12 см, большой поперечный—10 см. Внутривнутробная смерть от кровоизлияния под мягкие оболочки и в желудочки мозга (случай Г. Н. Львовской).

других костей, например в эпифизе большеберцовой и пяточной кости. В тех случаях, когда для заключения о зрелости плода экспертиза располагает только частями плода, Каснер и Гюнц предложили руковод-

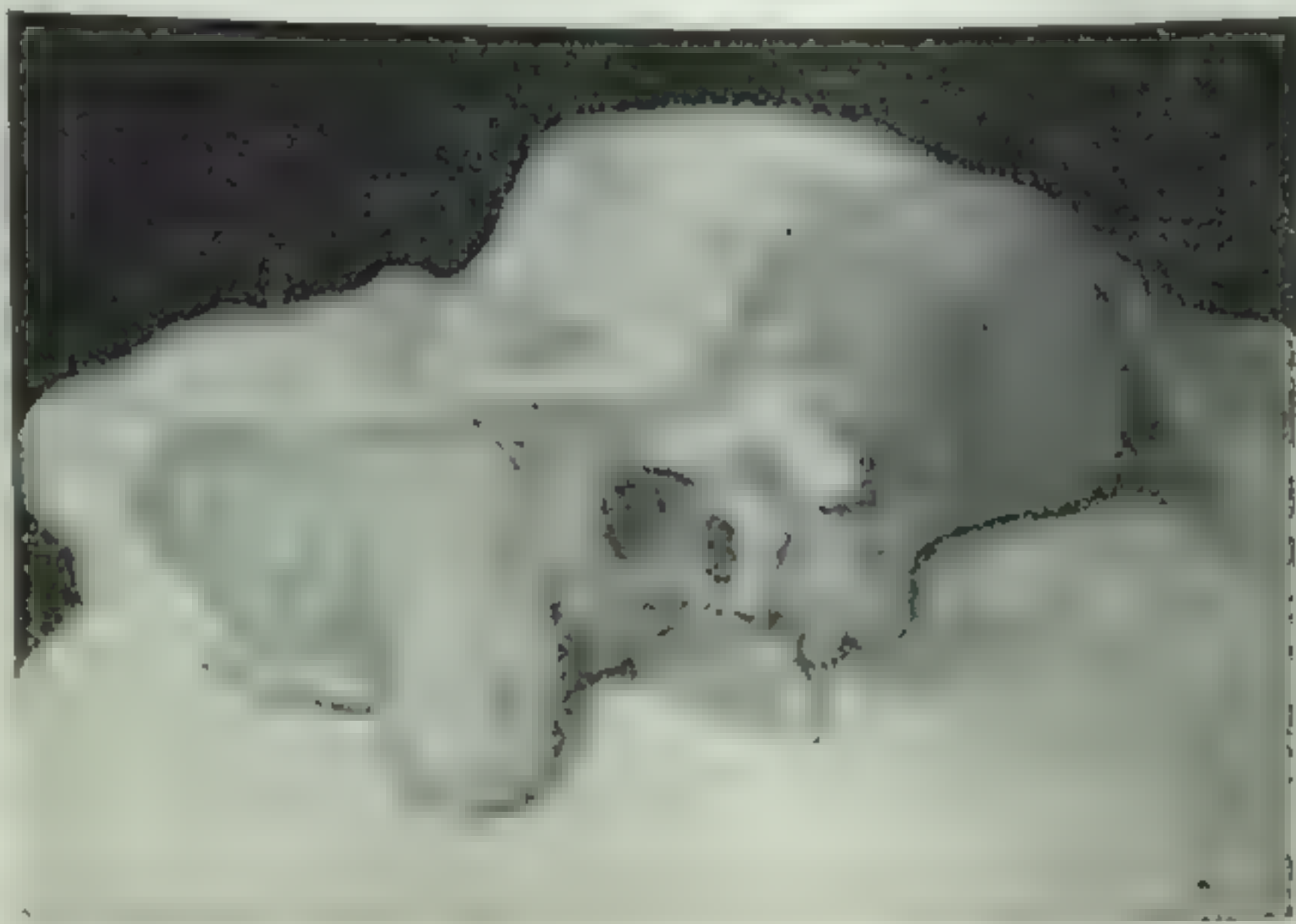
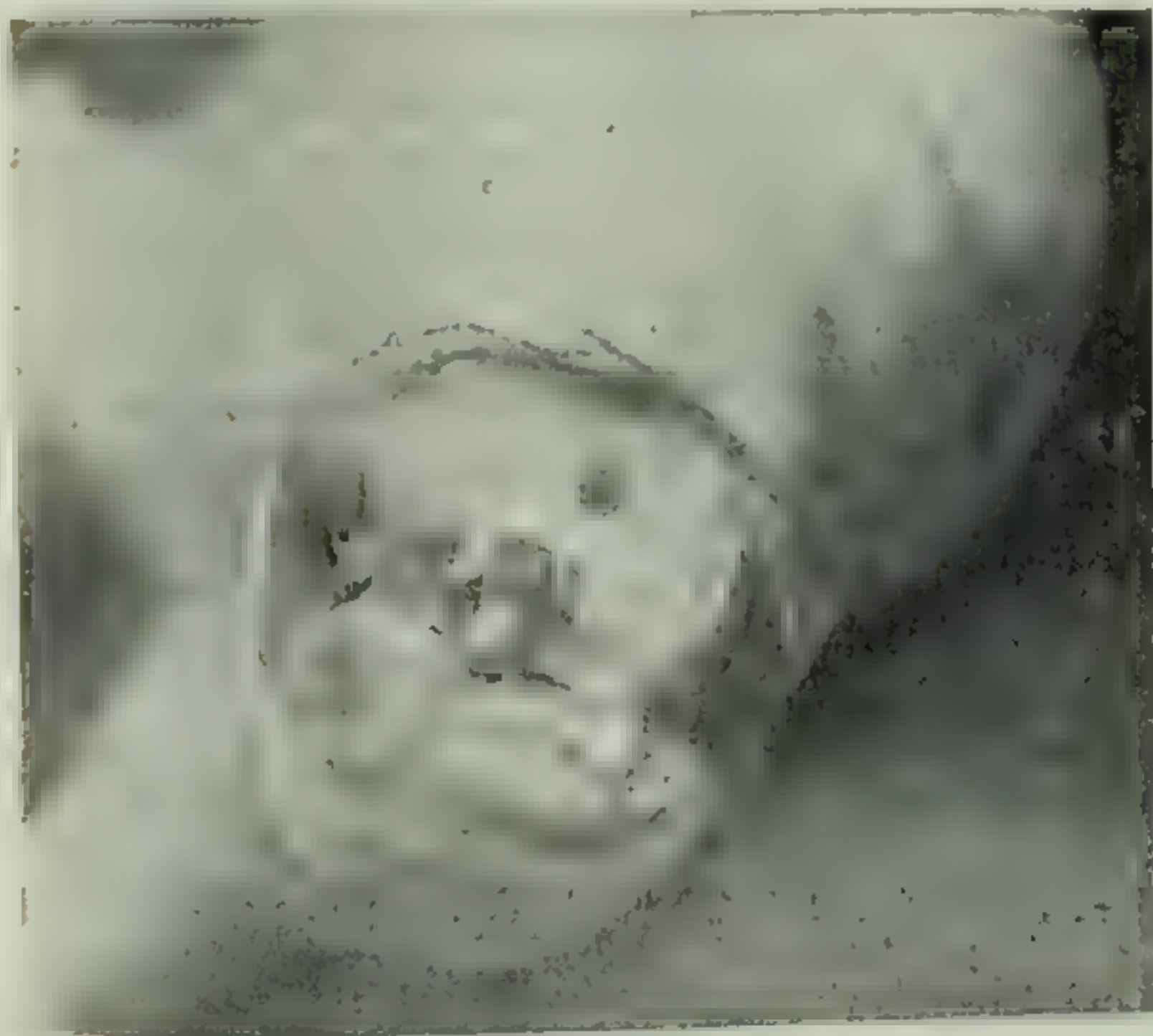


Рис. 73. Ядро окостенения в пяточной кости у ребенка женского пола VI лунных месяцев (вес 1550 г, длина 32 см, окружность головки 20 см).



ствоваться средними цифровыми показателями размеров отдельных костей у доношенных детей, а именно: длина теменной кости по диагонали 7,6 см, высота лобной кости 5,6 см, ширина ее 4,5 см, длина ключицы 3,6 см, лопатки 3,2 см, плечевой кости 7,5 см, локтевой 7 см, лучевой 6,6 см, бедра 8,7 см, большеберцовой кости 7,9 см, малоберцовой 7,7 см¹.

При оценке признаков доношенности необходимо принимать во внимание не какой-либо один, а группу наиболее ценных признаков.

В целях единообразия в определении и учете доношенности (зрелости) и недоношенности (незрелости) новорожденных в родильных домах и родовспомогательных учреждениях отдел родовспоможения Наркомздрава предложил строго придерживаться следующих правил согласно инструкции Наркомздрава СССР.

Инструкция наркомздрава СССР

«1. При определении доношенности новорожденного во всех случаях учитывать не только его длину — рост и вес, но и ряд других признаков, характеризующих зрелость плода, а также принимать во внимание продолжительность беременности.

2. Признаки зрелого плода следующие: достаточное развитие подкожного жира, пушок сохранен только на плечевом поясе — на верхних отделах спины и на плечах. Волосы на голове имеют длину не меньше 2 см. Хрящи ушных раковин и носа плотны. Ногти уже тверды и на пальцах заходят за кончики последних. Место отхождения пуповины расположено посередине между лонем и мечевидным отростком или лишь немного ниже середины. У мальчиков яички, лишь за немногими патологическими исключениями, спустились в мошонку, у девочек клитор и малые губы прикрыты большими губами. Зрелый плод проявляет большую активность: двигает конечностями, издает ясный крик.

3. Рост (длина) новорожденного как признак более постоянный является более верным критерием для определения зрелости, чем вес. Измерения длины плода обязательно производятся на горизонтальном ростометре при вытянутом положении новорожденного.

Новорожденные, имеющие рост (длину) меньше 45 см, учитываются в качестве незрелых. Новорожденные, имеющие длину больше 47 см, учитываются в качестве зрелых.

Определение зрелости (незрелости) новорожденных, имеющих рост в пределах 45—47 см включительно, производится в каждом отдельном случае на основании тщательного анализа всех признаков, характеризующих зрелость плода.

Заключение о зрелости или незрелости плода согласуется между педиатром и акушером родильного дома и документируется в истории развития новорожденного и в истории родов.

4. При отсутствии данных о росте новорожденного учитывают его вес, причем новорожденный весом ниже 2500 г считается незрелым.

5. Указанные в пп. 3 и 4 размеры роста или веса относятся только к одиночным плодам. Вес и рост новорожденных от многоплодной беременности при наличии несомненных признаков зрелости могут быть ниже размеров одиночного плода. Поэтому при определении зрелости двойни, тройни и т. п. нельзя исходить из указанных выше размеров, а следует

¹ В. М. Смольянинов. Определение зрелости и жизнеспособности плода. В кн.: Судебномедицинская акушерско-гинекологическая экспертиза. М., 1935, стр. 105.

руководствоваться признаками зрелости у более развитого из плодов и определять зрелость на основании их совокупности.

6. Роды зрелым плодом следует считать родами срочными, а самый плод — доношенным. Роды незрелым плодом следует считать преждевременными, а самый плод — недоношенным.

7. Роды нежизнеспособным плодом в пределах 28 недель (7 лунных месяцев) беременности учитываются в качестве аборт. Длина плодов этого возраста равна 35 см и меньше, вес 1000 г и ниже.

8. Рождение плода в пределах 28 недель беременности, оказавшегося живым в день выписки матери, следует учитывать в качестве преждевременных родов, независимо от роста и веса новорожденного. В таких случаях для представления в ЗАГС выдается справка о рождении ребенка.

9. Выдача справок о доношенности или недоношенности новорожденного производится только по затребованию официальными органами. При выдаче подобных справок обязательно указывать на отсутствие или наличие признаков зрелости и на предполагаемую продолжительность (срок) беременности.

Подпись, зав. родовспоможением.

Нач. отдела медико-санитарной статистики Наркомздрава СССР».

Решая вопрос о доношенности новорожденного в связи с продолжительностью беременности, надо исходить из соответствующего веса и размера тела к концу X лунного месяца. Однако при продолжительности беременности 210 дней новорожденный в ряде случаев может существовать вне материнского организма. Длина его тела в это время достигает 40—42 см, вес около 1500—2000 г, размеры головки 7—9—11 см. 210 дней являются тем пределом, ниже которого ребенок, находящийся в обычных условиях, нежизнеспособен, так как сопротивляемость его организма внешним воздействиям недостаточна. Недоношенные дети могут жить, лишь будучи поставлены в исключительно хорошие условия. Желательно помещение их в специальные отделения.

Размеры недоношенных плодов зависят от срока беременности: 7-месячный плод имеет длину 35—38 см и вес около 2000 г; 8-месячный — длину в пределах 40 см и вес 1500—2000 г. На протяжении срока беременности от 210 до 280 дней выявляются признаки зрелости и чем ближе к 280 дням, тем яснее они выражены. Н. В. Петров считает пределом жизнеспособности вес 1300—1440 г.

Для определения времени родов и продолжительности утробной жизни вес плаценты и длина пуповины являются лишь относительными показателями. В норме у доношенного плода вес плаценты равен $\frac{1}{5}$ его веса. Средний вес плаценты к концу V лунного месяца равен 180 г, VI — месяца — 275 г, VII месяца — 375 г, VIII месяца — 450 г и IX месяца — 500 г.

Средние цифры длины пуповины по месяцам следующие: при 7 месяцах пуповина равна 42 см, 8 месяцах — 46 см, 9 месяцах — 47 см и 10 месяцах — 50 см.

В единичных случаях у доношенных детей пуповина бывает очень короткой или чрезвычайно длинной.

Жизнеспособность плода и продолжительность его жизни

Таким образом, из всего вышесказанного следует, что жизнеспособность плода определяется правильностью его развития, обеспечивающей ему возможность существовать вне связи с организмом матери. Жизнеспособность плода может появляться до наступления зрелости. Из приве-

денной выше инструкции по определению доношенности (зрелости) новорожденных видно, что в акушерской практике плод длиной 45 см, а иногда и меньше считают жизнеспособными, так как в условиях специального стационара, например в институтах или отделениях для недоношенных, в известном проценте случаев выживают даже глубоко недоношенные дети. Судебномедицинским экспертам приходится иметь дело с детьми, находившимися в необычной обстановке, лишенными ухода и даже помощи. При судебномедицинских исследованиях к жизнеспособным относят плоды, имеющие длину не менее 40 см, что обычно совпадает с концом VIII месяца утробной жизни.

Как указывалось выше, вес ребенка для определения жизнеспособности менее показателен, так как после смерти в результате высыхания он уменьшается. Нормальный вес 8-месячного плода 1500—1600 г, окружность головки не менее 28 см, вес плаценты 400 г, длина пуповины резко колеблется. При установлении жизнеспособности важную роль играет правильность общего развития новорожденного и отсутствие уродств, опухолей, внутриутробных дефектов жизненно необходимых органов или повреждений во время родов.

Продолжительность утробной жизни. До настоящего времени продолжительность утробной жизни плода определяли по его размерам. Однако проф. В. М. Смольянинов считает, что это не совсем правильно, так как размеры определяют лишь зрелость плода, а зрелость и доношенность — это не одно и то же. Под зрелостью понимают наличие у плода совокупности установленных признаков, которые свидетельствуют, что он готов к рождению и может при условии ухода за ним жить вне материнского организма. Доношенность означает пребывание в организме матери в течение 10 лунных месяцев, которые исчисляются на основании слов матери со дня последней менструации. Но так как для установления зрелости и доношенности приходится пользоваться одними и теми же показателями, то эти понятия практически отождествляют, в частности, по размерам плода устанавливают его доношенность и месяц утробной жизни. Основным показателем при этом является длина плода. Например, если она равна 25 см, то ее делят на 5 и получают число лунных месяцев утробной жизни. При длине тела плода 38 см 38 делят на 5 и получают около 7½ лунных месяцев утробной жизни, у зрелых плодов 50 делят на 5, т. е. получают 10 лунных месяцев. При длине меньше 25 см надо из нее извлекать квадратный корень. Например, при длине 10 см квадратный корень состоит около 3 лунных месяцев, при длине 21 см около 4½ лунных месяцев. Во вторую половину беременности, определяя продолжительность утробной жизни, можно основываться на величине окружности головки. Если этот размер разделить на 3—4, то можно получить число лунных месяцев. Разделив на 3—4 размер головки 28, получим около 8 лунных месяцев. Кроме того, для установления времени утробной жизни принимают во внимание островки окостенения, вес плаценты, длину пуповины. При нахождении частей плода принимают во внимание размеры плечевой кости, ключицы и большеберцовой кости. Далее следует использовать внешние признаки. У зрелого плода волосы на голове густые, длиной 1—3 см, ногти рук выступают за концы пальцев, у мальчиков яички спустились в мошонку, у девочек большие губы прикрывают малые и клитор. Кожа хорошо натянута, подкожножировая клетчатка достаточно выражена.

Изменения в сердечно-сосудистой системе у новорожденного. Сужение пупочных артерий в первые сутки после родов достигает такой степени, что просвет их с трудом пропускает самый тонкий зонд. Незаращение овального отверстия боталлова протока и аран-

пищевого венозного отверстия, этих зародышевых кровеносных путей, при решении вопроса о количестве дней, прошедших после родов, не имеет решающего значения, так как эти особенности могут существовать долгое время, что относится главным образом к боталлову протоку.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЖИВОРОЖДЕННОСТИ

Определение живорожденности, т. е. установление факта, что ребенок родился живым и прожил какой-то срок, или мертворожденности, т. е. установление факта, что ребенок родился мертвым, имеет первостепенное значение в делах с детоубийством. Надо уметь обнаружить те характерные, но не всегда ярко выраженные изменения в организме поворожденного, которые наступают при его внеутробном существовании.

Для определения живорожденности применяют так называемые жизненные пробы, из которых наиболее точные результаты дает легочная (воздушно-легочная, она же воздушно-плавательная легочная) и желудочно-кишечная. Но, кроме этих проб, существует еще ряд других, имеющих дополнительное и второстепенное значение.

Легочная проба основана на тех изменениях, которые возникают у поворожденного в результате легочного дыхания. При дыхании через легкие в организм ребенка проводится воздух, в связи с чем изменяется распределение крови в тканях и органах новорожденного.

К числу проб на живорожденность относятся: легочная воздушная, желудочно-кишечная воздушная, барабанная.

Сущность первых трех проб состоит в обнаружении в указанных органах воздуха, проникшего в них при дыхании поворожденного. При этом определяется состояние легких, объем их, консистенция легочной ткани, т. е. плотность ее, вес легких и сердца, плавательная проба легких, гидростатическая проба, вид легких на разрезе.

Кроме того, применяется печеночная проба и рентгенологическая диагностика живорожденности.

Прежде чем перейти к оценке значимости каждой из этих проб, необходимо уяснить вопрос, как происходит у плода глотание. Как известно, основным доказательством акта глотания у плода является присутствие в первородном кале — меконии — пушковых волос и частиц первородной смазки.

Акт глотания у взрослого человека имеет две фазы: первую — буккофарингеальную, когда действует весь комплекс глотательных мышц, вторую — когда пищевой комок или проглатываемая жидкость проталкивается в желудок благодаря перистальтическим сокращениям пищевода.

Совершенно другие отношения существуют у плода, находящегося в полости матки и окруженного околоплодными водами. Исследования М. А. Колосова показывают, что околоплодные воды не только окружают плод, но и заполняют полость его носоглотки, проникая сюда через ноздри. В этом можно убедиться, исследовав под микроскопом выделяющуюся из носа жидкость в момент прорезывания головки. В ней можно обнаружить пушковые волосы и частицы первородной смазки. Поступление околоплодной жидкости происходит по законам гидродинамики — при головном предлежании. Исследования показывают, что среднее внутриматочное давление равняется 5 мм. В нижнем полюсе яйца оно достигает 20 мм, т. е. в 4 раза превышает внутриматочное. Под напором жидкости пищевод плода расслабляется и пропускает околоплодные воды, как полая трубка, или, вернее, как канал со сжавшимися стенками. Слабостью и податливостью пищевода объясняется и тот факт, что при дыхательных движениях у поворожденного часть воздуха легко проникает в желудок. Попавшие в

желудок околоплодные воды частично всасываются, а частично переходят в кишечник, где также всасываются. При этом в первородном кале — меконии — остаются пушковые волосы и смазка.

Околоплодные воды могут поступать в пищевод и путем заглатывания (рефлекторно) вследствие механического раздражения глотательных мышц при повышенном гидравлическом давлении в полости рта и носоглотки. Кроме того, сокращения матки способствуют поступлению околоплодных вод, так как они усиливают оба момента, определяющих поступление их в пищевод: гидростатический — от напора жидкости и рефлекторный — в виде акта глотания.

Дыхательная проба. Обращают внимание на выпуклость грудной клетки. Если ребенок дышал и вполне наполнил свои легкие воздухом, его грудная клетка становится более выпуклой. Грудобрюшная преграда у мертворожденного соответствует IV ребру, а у дышавшего — шестому межреберному пространству. Однако следует иметь в виду, что изменение формы грудной клетки и положение диафрагмы подвержены колебаниям и поэтому не могут считаться надежными признаками, тем более что положение диафрагмы изменяется мало, если дыхание было кратковременным и поверхностным.

Объем легких. При вскрытии грудной полости ясно видно, что недышавшие легкие не выполняют грудной полости, а левое легкое не прикрывает сердца. Дышавшие легкие обычно выполняют грудную полость. Чем совершеннее было дыхание, тем больше, почти наполовину, сердце бывает закрыто легкими.

Цвет легких. Мнения исследователей о цвете зародышевого и дышавшего легкого расходятся. Одни считают, что цвет легких чрезвычайно разнообразен, другие утверждают обратное. По данным В. О. Мержесовского, недышавшие легкие имеют красно-бурый или коричневатокрасный цвет, иногда с печеночным оттенком, а заостренные края их светло-красного цвета.

При соприкосновении с атмосферным воздухом по вскрытии грудной полости легкие приобретают более светлый цвет. Цвет дышавшего легкого преимущественно темно-красный с синеватым оттенком, со светло-красными островками и пятнышками. Кроме того, на поверхности дышавших легких новорожденного можно встретить разнообразные оттенки основного цвета, что связано с той или иной степенью кровенаполнения легких.

Совершенно другого цвета легкие у мертворожденного ребенка при искусственном надувании их воздухом, особенно если производится надувание разложившихся или анемичных вследствие большой кровопотери легких. Если надувание удастся, легкие имеют ярко-красный цвет киновари. Такой цвет не всегда бывает равномерным; встречаются участки, сохранившие зародышевый цвет, что придает легкому мрачный вид.

Цвет легких у ребенка после большой кровопотери бледновато-серый с синевато-фиолетовыми участками.

Основным признаком дыхания после рождения является островчатая мраморность легких. В тех случаях, когда дыхание восстановилось недостаточно, воздухом наполняются не все легкие, а только отдельные участки их. В таком легком можно заранее определить те участки, которые при погружении в воду будут плавать.

Консистенция легочной ткани, ее плотность. Разница в плотности дышавшего и недышавшего легкого весьма характерна. Недышавшее легкое плотно, упруго и дает ощущение препятствия для пальцев при его сдавливании. Если поверхность легкого влажная, то пальцы соскальзывают. По плотности и цвету такое легкое напоминает печень.

Легкое дышавшего ребенка рыхло, воздушно, при давлении пальцами ощущается эластичность и характерный треск — крепитация. При осмотре заметна дольчатость, на поверхности различимы раздутые воздухом легочные пузырьки. Не всегда, однако, картина столь характерна. Если после рождения дыхание не было полностью осуществлено, некоторые участки легких, куда не попал воздух, остаются в зародышевом состоянии. Состояние ателектаза, т. е. нерасправившееся легкое, характеризуется бурно-красным цветом. Легкие плотны на ощупь, тонут в воде, и это доказывает, что ребенок не дышал. Если же отдельные участки легкого плавают, а другие тонут, то дыхание было неполным.

Доказательством естественного дыхания на гистологических препаратах, по исследованиям С. Н. Бакулева, являются равномерное открытие альвеол, бронхов и бронхиол, сравнительно тонкие межалвеолярные перегородки, уплощение респираторного эпителия и туго натянутые дугообразно или кольцеобразно эластические волокна (рис. 75).

В противоположность этой картине для легких мертворожденных типичным является отсутствие открытых альвеол и бронхов, кубическая форма респираторного эпителия, беспорядочно разбросанные пучки и спирали эластических волокон и наличие выраженной густой сети междольковых тяжей соединительной ткани.

Участки легких новорожденных, расправленных вследствие аспирации околоплодной жидкости, резко отличаются от участков, расправленных воздухом. Гистологическая картина (по С. Н. Бакулеву) следующая: альвеолы, растянутые амниотической жидкостью, обычно имеют неправильную угловатую или щелевидную форму, выстланы кубическим эпителием, окружены волнистыми, непянутыми эластическими волокнами. В просвете альвеол обнаруживаются элементы околоплодной жидкости (рис. 76). Наличие в альвеолах дышавших новорожденных детей околоплодной жидкости и участков подплевральной и интерстициальной эмфиземы С. Н. Бакулев относит к физиологическим явлениям.

Дифференциальная диагностика между изменениями в легких новорожденных при искусственном дыхании и при искусственном раздувании у мертворожденных имеет свои особенности. При искусственном дыхании в легкие новорожденных поступает воздух, раскрывая некоторые альвеолы, но полного расправления легких, как при естественном дыхании, никогда не наблюдается. Проникший в легкие воздух распределяется там неравномерно. Характерным является проникновение воздуха в верхнюю и среднюю долю правого легкого и в верхнюю долю левого легкого, размещение его (по С. Н. Бакулеву) в области вершечек, по передненижним краевым зонам и по междольковым поверхностям легкого.

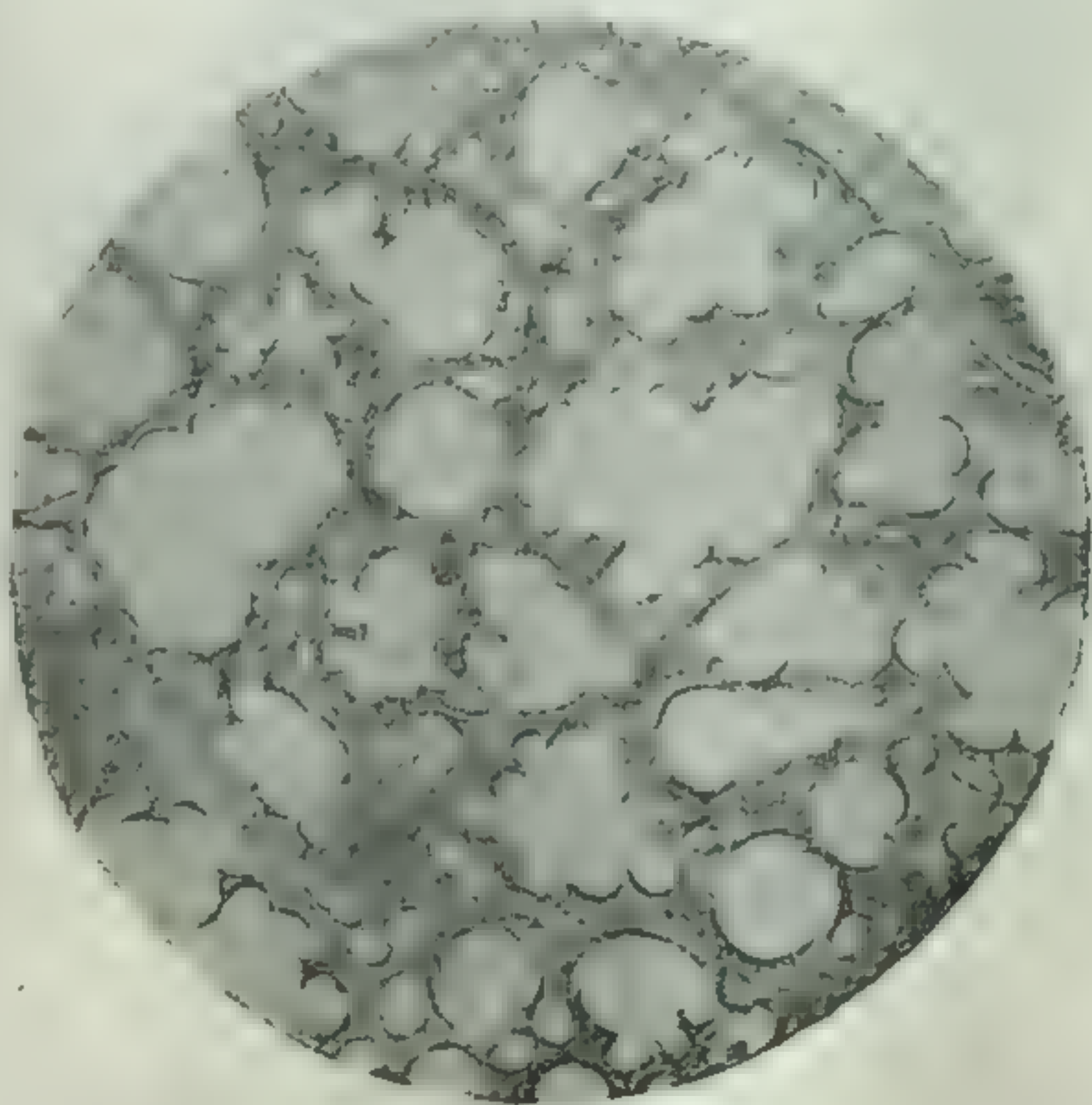


Рис. 75. Микроскопическая картина легкого новорожденного. Эластические волокна альвеол естественно дышавшего легкого (по С. Н. Бакулеву).

Степень легочных изменений при искусственном дыхании в отношении количества поступившего воздуха не стоит в прямой зависимости от способа: огромную роль при этом играет продолжительность искусственного дыхания, доношенность ребенка и степень удаления слизи из верхних дыхательных путей.

Неполное расправление воздухом легких при искусственном дыхании создает положение их в грудной полости, аналогичное тому, которое обнаруживается у мертворожденных плодов.

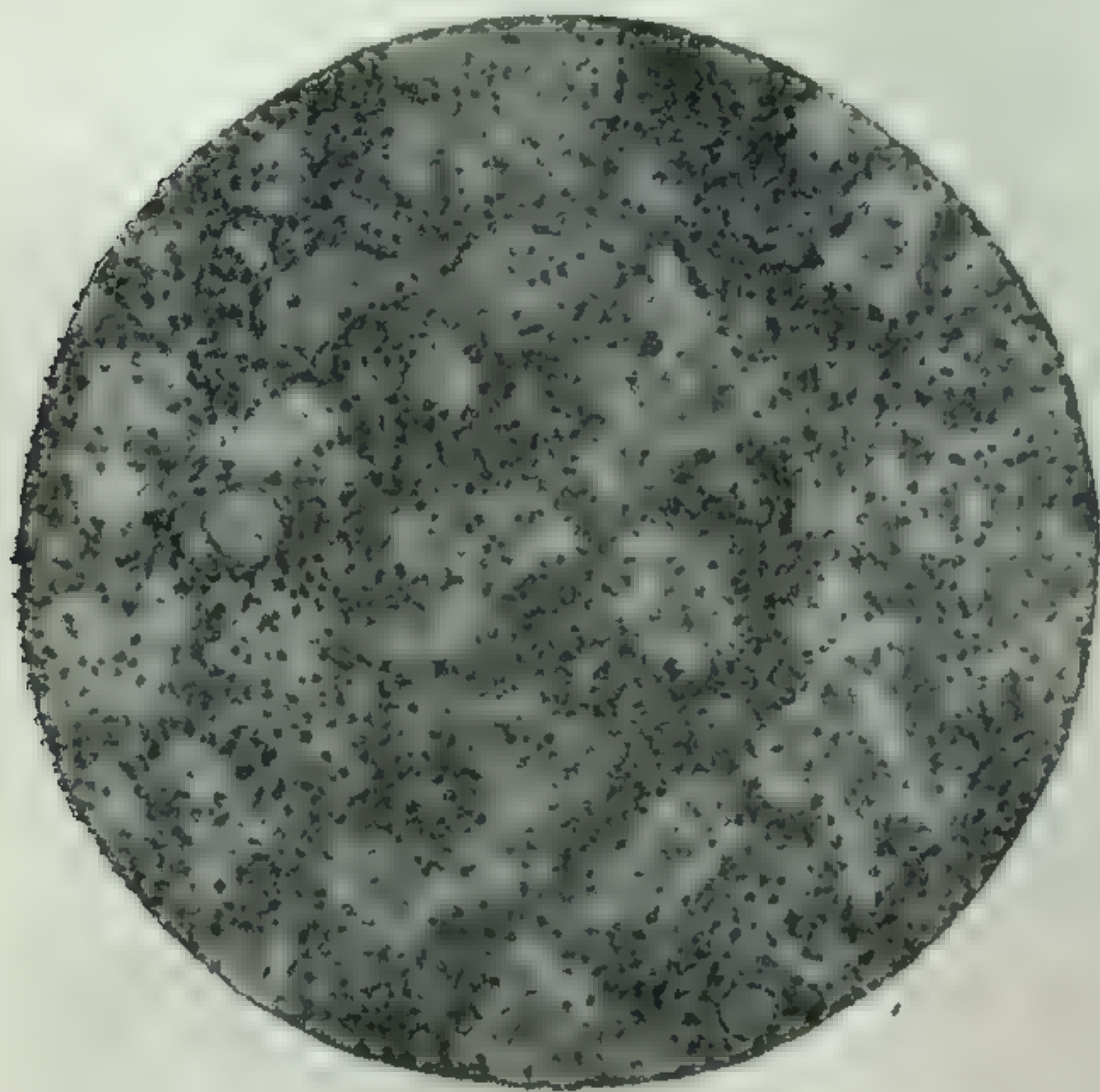


Рис. 76. Микроскопическая картина легкого мертворожденного: альвеолы наполнены околоплодной жидкостью (по С. Н. Бакулеву).

Вдувая воздух в труп мертворожденного через трубочку, вставленную в трахею, можно получить почти полное расправление легких воздухом. Однако распределяется воздух так же неравномерно, как и при искусственном дыхании, только при вдувании его в легких содержится больше.

Плавательная легочная проба не позволяет получить достаточных данных для дифференциальной диагностики: применявшегося искусственного дыхания от вдувания воздуха. Наиболее надежным методом диагностики бывшего искусственного дыхания и вдуванием воздуха часто является гистологическое исследование легких.

Для искусственного дыхания и вдувания при микроскопическом исследовании легких новорожденных характерными изменениями (по С. Н. Бакулеву) являются:

1. Неравномерный, очаговый характер расправления легочной ткани воздухом, проникшим преимущественно в периферические отделы легкого. При этом легочные альвеолы растянуты воздухом неравномерно, межалвеолярные перегородки толстые, состоят из групп сдавленных альвеол. Параллельно с неравномерностью раскрытия альвеол наблюдаются множественные разрывы межалвеолярных перегородок с образованием эмфизематозных пузырей в паренхиме легкого, а также под плеврой.

2. Наряду с открытыми воздухом альвеолами в ткани легкого встречаются обширные поля, где альвеолы расправлены частично вследствие аспирации околоплодных вод.

3. Эластические волокна легочных альвеол в зависимости от характера их раскрытия (раскрыты ли они воздухом, амниотической жидкостью или совсем не открыты) очень разнообразны. Часто они не натянуты и имеют вид волокнистых пучков или спиралей, в альвеолах же с резко растянутым просветом они имеют форму дугообразных линий и нередко разорваны на сегменты.

4. Респираторный эпителий имеет кубическую форму и только в альвеолах с широким просветом уплощен.

5. Воздухоносные пути открыты неравномерно. В участках спавшейся ткани легкого бронхи почти всегда открыты.

6. Междольковые тяжи соединительной ткани образуют густую сеть, располагаясь близко друг к другу.

При вдувании воздуха в труп новорожденного в легких наблюдается более глубокие структурные нарушения в виде множественных и обширных разрывов альвеолярных перегородок с образованием значительных эмфизематозных очагов, а также резко выражены явления интерстициальной и подплевральной эмфиземы (рис. 77).

При переполнении кровью легкие новорожденного имеют темный цвет, не крепитируют, более плотной консистенции. От гепатизированного легкого они отличаются цветом и не обладают способностью легкого рваться.

Методика производства легочной пробы

Легочная проба распадается на несколько этапов (которые подробно описаны в правилах судебно-медицинского вскрытия).

1. После разреза мягких тканей шеи немедленно перевязывают трахею, затем извлекают бронхи с легкими, трахеей, гортанью, языком, сердцем, пищеводом, вилочковой железой в одном комплексе. Перед перерезкой пищевода необходимо перевязать его у входа в желудок. Извлеченный комплекс опускают в воду и наблюдают, тонет он или плавает. Сосуд с водой должен быть большой, стеклянный, с прозрачными стенками, а вода должна быть чистой и прохладной. Если весь комплекс хорошо плавает, проба считается положительной.

2. Если комплекс тонет, то его вынимают, сменяют воду в сосуде и опускают в сосуд каждое легкое в отдельности, отрезав его у корня, и фиксируют результаты. Далее каждое легкое разрезают на составляющие его доли и наблюдают, погружаются ли или плавают каждая доля.

3. Если легкие и их доли тонут, то из долей вырезают более светлые участки в виде маленьких кусочков. При отсутствии светлых участков из различных мест долей легких берут по несколько кусочков или разрезают доли на кусочки и следят за их плаванием или погружением. Положительный результат легочной пробы объясняется тем, что легкие плавают вследствие содержания в них воздуха, поступившего при первых дыхательных движениях только что родившегося ребенка. Это относится к большинству случаев, однако необходимо знать, что плавать могут и легкие, взятые из трупа совершенно недышавшего младенца. Это наблюдается при загнивании трупа вследствие образования гнилостных газов в тех случаях, когда ребенку производили искусственное дыхание или делали вдувание воздуха, а также если к моменту пробы легкие замерзли. Особо важно в случае загнивания произвести патологогистологическое исследование. Деструктивные изменения в тканях легких дышавших и недышавших новорожденных в разных условиях наступают с одинаковой

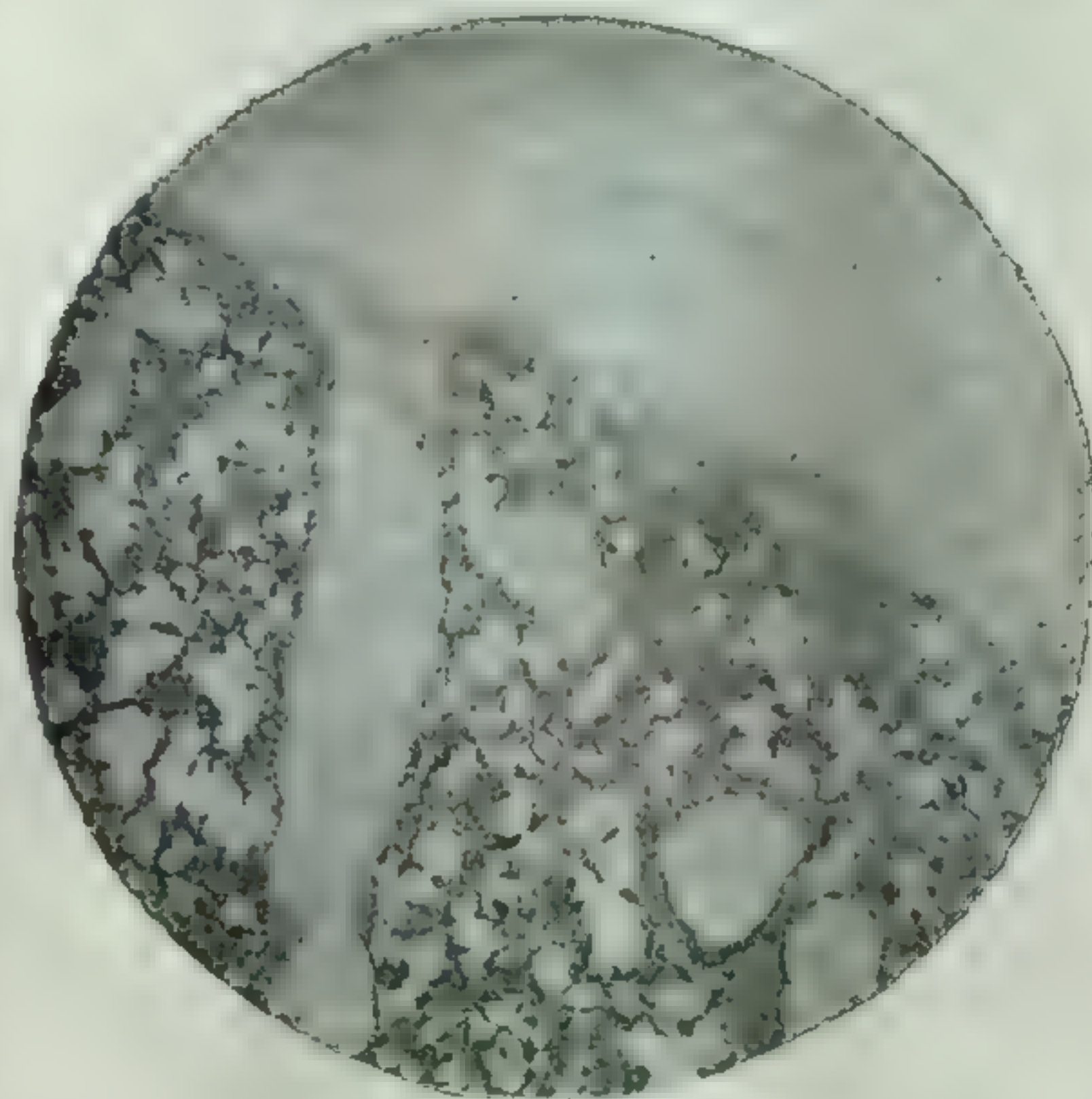


Рис. 77. Микроскопическая картина легкого новорожденного при вдувании воздуха: воздух под плеврой и в междольковых тяжах соединительной ткани.

скоростью, однако гнилостная эмфизема в дышавших легких обычно выражена сильнее.

Образование газовых пузырьков наблюдается и в легких мертворожденных плодов, но гнилостных пузырьков в недышавшем легком образуется меньше. Часто макроскопически они не видны и выявляются только при микроскопическом исследовании. При микроскопическом исследовании в недышавшем легком газы образуются (по С. Н. Бакулеву) в интерстициальной соединительной ткани под плеврой и в паренхиме легких. Альвеолы же не наполняются газами и остаются в спавшемся состоянии. При гниении дышавших легких образование газов происходит

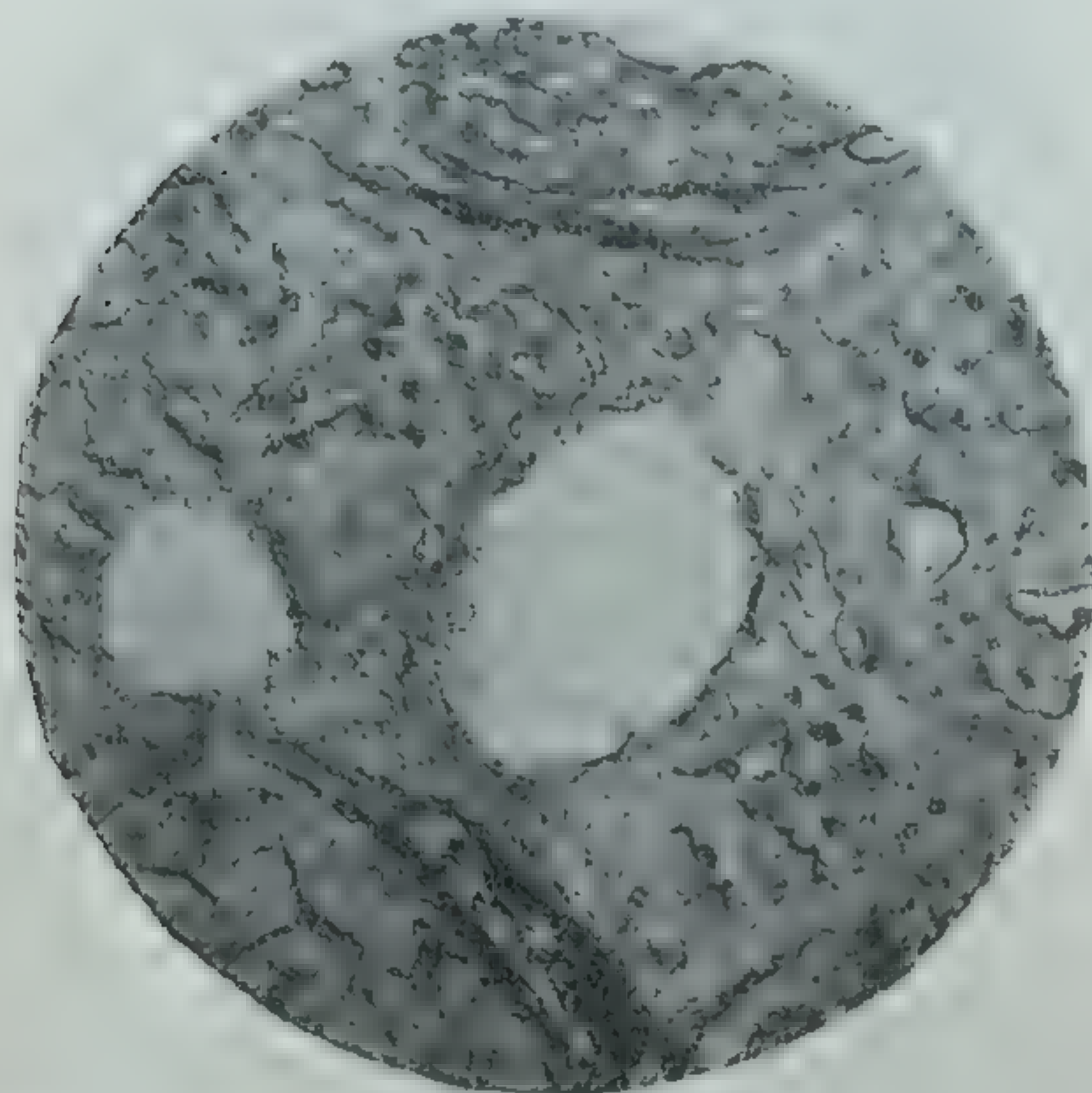


Рис. 78. Микроскопическая картина загнившего легкого новорожденного. Изменения в эластических волокнах (по С. Н. Бакулеву).

внутри альвеол и бронхов, что приводит к резкому растяжению и разрыву перегородок. В дышавшем легком наряду с этим происходит также развитие гнилостных пузырьков в интерстициальной соединительной ткани и под плеврой. При загнивших легких также можно применять плавательную легочную пробу (по методу Боуарделя), но с обязательным осторожным разминанием под водой плавающих кусочков. Кусочки недышавших легких, покрытых пузырьками газов, после осторожного сжатия опускаются на дно сосуда, в то время как кусочки дышавших легких плавают даже при энергичном сдавливании.

При гистологических исследованиях загнивших легких новорожденных большое значение имеет состояние эластических волокон паренхимы легких, так как они являются наиболее резистентными к гниению. В случаях гниения в недышавших легких эластические волокна собраны в пучки или спирали в ткани легких и никогда не окружают гнилостных пузырьков, так как эти пузырьки располагаются межалвеолярно (рис. 78). В дышавшем легком, где полости образованы за счет перерастяжения альвеол, эластические волокна имеют вид тонких линий или дуг, нередко разорванных на сегменты, на определенном протяжении окружающих альвеолярные полости. В загнивших легких новорожденных, которым применялось искусственное дыхание, при микроскопическом исследовании можно установить типичный очаговый характер раскрытия альвеол. Таким образом, гистологическое исследование легких новорожденных при гниении является наиболее точным дополнительным методом установления живорожденности. Встречаются разные ситуации. Иногда у ребенка при родах, протекавших в особо неблагоприятных условиях, после рождения возникают дыхательные движения, но для прохождения воздуха в легких существуют препятствия. Например, ребенок может родиться в неразорвавшихся оболочках и умереть от асфиксии, если не будет оказана помощь. При этом происходит аспирация избыточного количества околоплодной жидкости, слизи, мекония. В других случаях части оболочек могут закрывать дыхательные пути.

Может иметь место и интранатальная пневмония, так называемая белая пневмония (*pneumonia alba*) и другие заболевания легких. Препятствовать осуществлению полного дыхания могут уродства, например диафрагмальная грыжа, гидроцефалия и пр.

Воздушная проба может оказаться отрицательной в результате вторичного ателектаза или спадения легких: в этих случаях даже дышавшее легкое новорожденного не содержит воздуха. Такие изменения могут наступать вследствие разных причин, при воспалительных изменениях в легких, при пропитывании их экссудатом или водой, если ребенок находился под водой и плевральная полость сообщалась с водой, при ранении грудной клетки и пр. Вторичный ателектаз чаще наблюдается у недоношенных, но встречается и у доношенных. В зависимости от полного или частичного ателектаза изменяются и результаты легочной пробы. Возникновение вторичного ателектаза обусловлено потерей легочной ткани ее эластичности, а это является необходимым условием для правильного дыхания и обмена воздуха, который равно набирается и удаляется легкими.

Иногда можно встретиться с парадоксальными явлениями, при которых отрицательный результат легочной пробы встречается у новорожденных, дышавших и живших хотя бы кратковременно, и, наоборот, легочная проба бывает положительной у мертворожденных. Это происходит в тех случаях, когда новорожденный во время родов, особенно при лицевом предлежании или в щипцах, сделает хотя бы несколько преждевременных вдохов. В случае родовой травмы к результатам легочной пробы при даче заключения о живорожденности надо относиться с осторожностью.

Существуют и другие варианты легочной пробы, когда ее осуществляют в разреженном воздухе, который выкачивают из сосуда, наполненного водой, чем уменьшается давление жидкости. Этот эксперимент основан (В. М. Смольянинов) на способности кусочков легочной ткани при уменьшенном давлении плавать даже при минимальном содержании воздуха (Таранухин)¹.

Наличие кровянистой пены на разрезе легкого. С началом дыхания в легкие через питающие их сосуды поступает кровь в гораздо большем количестве, чем в легкие плода до родов. В последних тоже имеется кровь, но на разрезах не отмечается такой кровянистой пены и такого нежного хруста, как у дышавших новорожденных.

Кровянисто-пенистая жидкость при разрезах дышавших легких вытекает из сосудов потому, что кровь, выделяясь, смешивается с воздухом, поступающим из надрезанных легочных пузырьков. Из разрезов недышавших легких также показывается кровь, смешанная со слизью и околоплодной жидкостью, но для ее вытекания требуется довольно значительное давление на поверхность разреза.

При гниении поверхность легких бугристая ввиду скопления гнилостных газов между легким и покрывающей его плеврой. Ткань легкого размягчается и теряет эластичность, цвет легкого становится грязноватым, буро-зеленым, а затем легко приобретает черную окраску; легкие издают зловонный запах. Гистологическое исследование легких при гниении относится к дополнительным способам диагностики живорожденности. В этом случае большое значение имеет состояние эластических волокон и паренхимы органа, который (по С. И. Бакулеву) особенно резистентен в отношении гниения. При гниении недышавших легких эластические волокна располагаются пучками или спиралью в ткани и никогда не окружают гнилостных пузырьков, так как они имеют межалвеолярное расположение.

¹ В. М. Смольянинов. Определение живорожденности. В кн.: Судебно-медицинская акушерско-гинекологическая экспертиза. М., 1935.

В дышавших легких, где полости образованы за счет перерастяжения альвеол, эластические волокна имеют вид тонких нитей или дуг, иногда образуют сегменты, окружающие растянутые альвеолы. Если применялось искусственное дыхание, то в загнивших легких новорожденных при гистологическом исследовании можно установить характерное очаговое раскрытие альвеол.

Для определения веса легких и сердца уже давно предложена так называемая легочно-кровянистая проба, основанная на разнице в весе дышавших и недышавших легких ввиду значительного наполнения их кровью при дыхании: вес дышавших легких больше. Для этого сравнивали абсолютный вес легких с абсолютным весом новорожденного. Однако при проверке отношения веса дышавших и недышавших легких к весу тела новорожденных Каспер и другие авторы не получили точных результатов, так как после дыхания вес легких увеличивается весьма незначительно. Поэтому практически ценность этих данных невелика и проба не получила распространения.

Для установления факта живорожденности Вендт и Вреден предложили ушную пробу, при которой определяется содержимое барабанной полости: воздух, слизь, амниотическая жидкость. Наличие в барабанной полости слизи, набухлости считается доказательством отсутствия дыхательных движений новорожденного. Практически эта проба применяется мало, так как другие приведенные выше методы отличаются большей точностью и простотой выполнения.

Второй основной пробой на живорожденность является желудочно-кишечная плавательная проба, предложенная Бреслау, основанная на том факте, что при первых дыхательных движениях новорожденного воздух проникает не только в легкие, но и в желудок, и в кишечный канал независимо от приема пищи. Попадание и распределение его происходит сверху вниз: скопившись в желудке, воздух распространяется далее, в кишечник, и при продолжающемся правильном дыхании постепенно растягивает весь кишечный канал.

В противоположность этому у мертворожденных детей независимо от того, умерли ли они во время родов или задолго до них, после чего оставались в матке, ни в одном отделе желудочно-кишечного канала нет воздуха. Автор метода считает, что по степени наполнения воздухом кишечного канала можно судить о продолжительности жизни ребенка. Так, наполнение воздухом большей половины кишечника может указывать, что ребенок умер не тотчас после рождения и не после первых дыханий. Когда воздух переходит границу ободочной кишки, это доказывает, что ребенок жил не менее 12 часов. Если воздух обнаружен только в желудке, Бреслау полагает, что ребенок умер тотчас после рождения. Если ни в каком отделе желудочно-кишечного канала воздуха не обнаруживается, то это даст основания считать, что ребенок не жил внеутробной жизнью.

Опыт показывает, что желудочно-кишечная плавательная проба в свежих случаях почти всегда дает верный ответ. Естественное дыхание сопровождается поступлением в желудок и тонкие кишки значительного количества воздуха. При искусственном дыхании по способам Сильвестра и Шульца воздух в желудок и кишки не проникает. При вдувании воздуха в рот может наступить резкое растяжение желудка и кишок. При вдувании в трахею воздух в желудок не проникает.

При гниении трупов новорожденных в желудке и кишках могут образовываться газы, и тогда желудочно-кишечная плавательная проба может также дать положительный результат, что должно получить соответствующую оценку. Однако при гниении в желудке и кишках такого большого

скопления газов, как это бывает при первых дыхательных движениях новорожденного, обычно не содержится.

Методика желудочно-кишечной пробы основана на проникновении в организм новорожденного воздуха. После рождения ребенок немедленно начинает заглатывать воздух, который в результате дыхательных движений проникает в желудок и кишки. Для выполнения пробы желудок перевязывают у выхода (у входа он уже перекрыт во время перевязки пищевода). Тонкие кишки перевязывают в двух — трех местах, особенно там, где есть видимое вздутие (скопление газов), затем перевязывают толстую кишку в ее нижней части. Весь кишечник с лигатурами осторожно отделяют от брыжейки и, вынув вместе с желудком, опускают в сосуд с водой и наблюдают, тонет ли выделенный комплекс: если он не тонет, то важно описать, какая часть плавает — один ли желудок или с тонкой кишкой. Важно учесть, на каком протяжении всплывает кишка — вся целиком или плавают только отдельные ее участки. Толстая кишка при наполнении ее меконием опускается на дно сосуда. Если весь комплекс тонет, то под водой осторожно разрезают желудок и смотрят, не выходят ли из него пузырьки воздуха, поднимающиеся кверху. Положительный результат желудочно-кишечной пробы оценивают так же, как и легочной. Иногда воздух попадает в желудок раньше, чем в легкие.

Если легкие подверглись вторичному ателектазу, воздух остается и в желудке, и в кишках. Обратный факт — присутствие воздуха в легких и отсутствие в желудке — указывает на короткий срок жизни новорожденного.

Из всего изложенного следует, что оценка воздушноплавательной пробы требует большого внимания и, чтобы сделать авторитетное заключение, следует строго взвесить все особенности этих проб как положительного, так и отрицательного характера.

Кроме этих основных и обязательных методов, устанавливающих живорожденность, существуют еще добавочные методы, достоверность которых признается не всеми. К ним относится печеночная проба, которая основана на разнице веса печени у дышавшего и недышавшего новорожденного. Совершенно справедливо, что вес печени с восстановлением легочного дыхания уменьшается и, следовательно, отношение ее веса к весу тела новорожденного должно уменьшаться, однако основываться на весьма непостоянном и весьма индивидуальном весе печени нельзя, почему эта проба и не получила распространения.

Многие авторы (Вернуа, Клесс и др.) обнаруживали в почечных канальцах новорожденных скопление мочекислых солей в форме мочекислых инфарктов. При разрезах почки, как это принято при вскрытиях, можно даже невооруженным глазом видеть скопление солей в виде желто-красных точек или продолговатостей, заполняющих почечные канальцы. При истолковывании этих находок часть авторов признавала за ними судебно-медицинскую значимость, подкрепляющую другие пробы, часть авторов относила их к физиологическим явлениям и часть — к патологическим. Каспер проверил эти редкие явления и считает, что они не имеют отношения к вопросу о жизни или смерти ребенка после рождения. Поэтому данной пробой не стали пользоваться.

При установлении живорожденности ценны все признаки, необходимые для жизни, зрелости плода: его вес, длина, наличие ядер окостенения, состояние кожи, ногтей, половых органов и пр.

РОДОВОЙ ТРАВМАТИЗМ. АНАЛИЗ ПРИЧИН СМЕРТИ РЕБЕНКА ДО РОДОВ, ВО ВРЕМЯ РОДОВ И ПОСЛЕ РОДОВ

РОДОВОЙ ТРАВМАТИЗМ

Роль судебно-медицинского эксперта при таких экспертизах весьма ответственна, ибо в подобных случаях приходится устанавливать не только причину смерти, но и определять, была ли в данном случае смерть насильственной или же она была обусловлена неправильно примененным акушерским пособием во время родов, или была связана с патологией самого плода.

Трудности эти объясняются тем, что родовой процесс сам по себе может вызвать ряд нарушений и изменений в организме ребенка, которые при известных обстоятельствах (например, стремительные роды, тайные роды) могут вызвать подозрение в детоубийстве.

Большинство авторов самой частой причиной мертворожденности и ранней смерти новорожденных считает родовую травму.

М. Д. Гутнер из 86 детей, родившихся в асфиксии, нашел родовую травму у 48. А. Н. Морозов, С. А. Гок-Смрчек и Контуш при изучении причин смерти новорожденных в первые 8—14 дней установили родовую травму у 12,75%. С. В. Кисин в качестве причины смерти новорожденных нашел кровоизлияние у 25%. Фишер на вскрытиях за 10 лет установил причину смерти у 34,1% детей вследствие родовой травмы, причем в этих случаях кровоизлияние в мозг и разрыв мозжечкового намета встретились у 81,3%.

Барьянович на материале родильных домов установил смерть от кровоизлияний у 39% вскрытых трупов новорожденных. Из них в 78,6% случаев смерть произошла в результате повреждения мозжечкового намета в связи с родовой травмой.

В. М. Смольянинов и Александер-Кац считают, что большинство внутричерепных кровоизлияний и разрывов мозжечкового намета связано со стремительными родами.

С. Н. Бакулев, по данным 200 вскрытий трупов новорожденных, приходит к заключению, что основной причиной мертворожденности и смерти новорожденных в 46,5% случаев является родовая травма. Второй причиной смерти в 37% случаев следует считать асфиксию вследствие частичного или полного ателектаза легких. Ранняя смерть у 16% детей наступила в результате уродств или заболевания легких (белая пневмония).

Большинство авторов считает, что частой причиной смерти (30%) является родовая травма, которая преимущественно бывает у незрелых новорожденных.

С. Н. Бакулев исследовал 120 трупов мертворожденных детей, из них доношенных было 103 и недоношенных 17; 70 родилось в асфиксии. К патологии родового процесса автор относит неправильное положение плода, выпадение и обвитие пуповины. Кроме того, в 50 случаях у матерей имелись заболевания. При вскрытии мертворожденных у 60 были обнаружены родовые травмы в виде кровоизлияний под оболочки мозга. У 41 мертворожденного, т. е. у 68%, кровоизлияния были вызваны разрывом мозжечкового намета и большого серповидного отростка. Они располагались преимущественно на основании мозга в области мозжечка и продолговатого мозга. В 3 случаях разрывы мозжечкового намета и кровоизлияния под оболочки мозга явились следствием перелома костей черепа, связанного с наложением щипцов. Из 17 недоношенных мертворожденных родовая травма встретилась у 10, из которых 5 родились в асфиксии. У них был обнаружен разрыв мозжечкового намета с кровоизлиянием под оболочки мозга, преимущественно в области мозжечка и продолговатого мозга.

Основной причиной внутриутробной асфиксии, которая очень часто сопровождается черепно-мозговыми травмами, является нарушение внутриутробного кровообращения.

Причиной асфиксии в некоторых случаях является недостаточное освобождение дыхательных путей от слизи и околоплодных вод. В таких случаях применение искусственного дыхания может способствовать глубокому проталкиванию в паренхиму легких слизи, которая, заполняя бронхиолы и альвеолы, окончательно препятствует попаданию туда воздуха.

Продолжительность жизни детей в связи с родовой травмой колеблется в пределах от нескольких минут до суток. Большинство детей с родовой травмой умирает в первые же часы после рождения и лишь в отдельных случаях живет 3—4—6 суток.

Иногда детей, рожденных в асфиксии, удавалось оживить, но у них наблюдались слабость, приступы вторичной асфиксии, общая синюшность, судороги, отсутствие сосательного рефлекса, напряженность большого родничка. При вскрытии макроскопически никаких патологических изменений со стороны внутренних органов не найдено. Гистологическое же исследование кусочков мозга обнаруживало наличие множественных мелких кровоизлияний, располагавшихся чаще всего периваскулярно.

Важность точной оценки значимости черепно-мозговых кровоизлияний в судебно-медицинском отношении очевидна, так как кровоизлияния под оболочки мозга встречаются и при травмах головки, связанных с детоубийством, но в этих случаях разрыва мозжечкового намета не бывает. Асфиксия является основным симптомом внутричерепных кровоизлияний при родовой травме.

Вскрытие трупов новорожденных требует внимательного отношения, чтобы выявить истинную причину смерти. Такие заключения, как «смерть от недоношенности» или «смерть от врожденной слабости», в настоящее время нельзя считать полноценными.

Для правильной оценки внутричерепных кровоизлияний огромное значение имеет методика вскрытия черепа, так как неправильное вскрытие головки может вызвать артефакт и образование посмертных разрывов мозжечкового намета, что может отразиться на правильности судебно-медицинского заключения. Посмертные разрывы мозжечкового намета отличаются тем, что не сопровождаются кровоизлияниями в толщу его ткани.

В целях сохранения целостности мозжечкового намета и мозговых синусов С. Н. Бакулев рекомендует производить вскрытие черепа у трупов ново-

рожденных путем образования широких отверстий в теменных костях. При такой методике должны остаться неповрежденными синусы твердой мозговой оболочки, большой серповидный отросток и мозжечковый намет. Подробности техники вскрытия С. Н. Бакулев описывает следующим образом: «Вскрытие черепа производят остроконечными ножницами. Разрез от большого родничка вдоль стреловидного шва, отступя от него на 0,5 см, должен идти к малому родничку. Затем он проводится вдоль ламбдовидного шва по затылочному краю теменной кости и дугообразно переходит на чешуйчатый шов, направляясь к венечному. Такие разрезы производятся изолированно как справа, так и слева. Образовавшиеся лоскуты теменных костей отворачиваются вперед и удерживаются помощником или отрезаются совсем по венечному шву. При таком способе образуются два широких отверстия, через которые осторожно удаляются полушария мозга (каждое в отдельности). После этого большой серповидный отросток, мозжечковый намет, мозжечок и продолговатый мозг могут быть осмотрены и препарированы. При этом способе могут быть тщательно осмотрены синусы твердой мозговой оболочки и распределение излившейся крови в полость черепа».

Патогенез родовой травмы представляет совокупность многих факторов, способствующих разрыву мозжечкового намета и образованию кровоизлияний. При этом большое значение имеет процесс родов и сопровождающие его обстоятельства прохождения головки через родовые пути, а также в некоторых случаях форма акушерской помощи — оперативные роды. Даже при самопроизвольных родах большое значение имеет застой крови в сосудах мозга вследствие длительного стояния головки, разница во внутриматочном и внematочном давлении, круговое сдавливание головки, смещение костей черепа, увеличение поперечного диаметра черепа, создающего условия для растяжения мозжечкового намета и повреждения сосудов и отростков твердой мозговой оболочки. Подобные изменения в основном связаны с характером изменений конфигурации головки, которые она претерпевает в течение родового процесса.

Если оставить в стороне акушерские условия, то нужно признать, что кровоизлияния встречаются у доношенных, зрелых, особенно крупных плодов значительно чаще. Однако некоторые авторы наблюдали, наоборот, кровоизлияния у недоношенных чаще, чем у доношенных, и объясняли это тем, что мягкие черепные кости не могут оказать достаточного сопротивления сдавливанию головки при прохождении ее через родовые пути и, что самое главное, не вполне сформировавшиеся, хрупкие сосуды недоношенных легко разрываются. Основное отличие родовой травмы от насильственных повреждений состоит в отсутствии следов повреждений на коже тела и главным образом на мягких частях головы, хотя в этом отношении могут быть и исключения. Например, при родоразрешении по методу Виллайт — Иванова, состоящему в наложении кожно-головных щипцов типа пулевых, Мюзе, Дуайена и других моделей, по Я. И. Русину, после щипцов Мюзе и Дуайена на коже головки образуются кожные рваные раны, отеки, инфильтраты, нагноения, особенно в тех случаях, когда пулевые щипцы соскальзывали или под влиянием привешиваемого и влекущего груза прорезывались. Показанием к наложению кожно-головных щипцов служит необходимость ускорения родоразрешения или остановки кровотечения при частичном или краевом предлежании последа. Щипцы накладывают на складку кожи в области малого родничка как на ведущую точку и к ним привешивают груз весом до 700 г (по Я. И. Русину). При исследовании трупов новорожденных судебно-медицинский эксперт во избежание ошибки должен иметь в виду эту форму родового травматизма. Если в сопровождающих документах указание на подобное вмешательство отсут-

ствует, необходимо запросить о нем учреждение, направившее труп для вскрытия.

Трещинам, надломам и переломам ключиц у новорожденных до настоящего времени уделялось недостаточно внимания. Но о существовании этого родового травматизма акушеры должны знать, чтобы в целях профилактики изменить характер ручных приемов при родовспоможении. Судебно-медицинские эксперты должны быть осведомлены о возможности такой травмы потому, что она может возникать независимо от каких-либо ошибочных манипуляций со стороны врача-акушера или акушерки, проводящих роды.

Предметом судебно-медицинской экспертизы подобного травматизма являются лишь немногие случаи, когда при оскольчатом переломе ключицы с ранением легочной ткани у новорожденного развивается пневмония со смертельным исходом.

В 1902 г. Ритер обратил внимание на самопроизвольные переломы ключиц, после чего многие авторы (Гаус, Мусс, Троицкая, Гурович, О. С. Тупинг и др.) сообщали о переломе ключиц у новорожденных как об акушерском травматизме, процент которого колеблется в пределах от 0,05 до 1,9 при самопроизвольных родах и от 4,2 до 6 при оперативных родах. Мусс отмечает значительное учащение переломов ключиц при поворотах и извлечениях плода. На основании исследований указанных авторов можно прийти к заключению, что у новорожденных переломы ключицы представляют довольно частое осложнение при родах, но оперативные роды сопровождаются ими чаще, чем самопроизвольные. При повторных родах переломы ключиц встречаются чаще, причем имеет значение вес ребенка (3000—3500 г) и быстрота родов.

В этиологии переломов ключиц размеры таза матери большой роли не играют, но сильная потужная деятельность может иметь значение.

Обе ключицы ломаются одинаково часто, причем, по О. С. Тупинг, у мальчиков в $1\frac{1}{2}$ раза чаще, чем у девочек, в связи с тем, что средний вес мальчиков выше среднего веса девочек. По материалам О. С. Тупинг, средний вес детей, у которых обнаружен перелом ключицы, равнялся 3752 г. В этиологии переломов ключиц у новорожденных способ ведения родов и метод сохранения целостности играют несомненную роль¹.

На мягких частях тела новорожденного: на коже лица, ушей, шеи и на волосистой части головы можно обнаружить следы давления в форме кровоподтеков, поверхностных ссадин и более глубоких некрозов. Подобные повреждения встречаются при наложении щипцов или при повороте и извлечении плода, когда могут быть нанесены и более серьезные повреждения — рваные раны в области губ, носа, век, а также разрыв уздечки языка. Кроме того, встречаются и внутримышечные кровоизлияния в области грудино-ключично-сосковой мышцы. Об этом должен знать эксперт, а клинический врач обязан самостоятельно записать эти повреждения в историю развития новорожденного.

Переломы костей предплечья и голени, а также вывихи суставов верхних и нижних конечностей представляют редкость. Чаще встречаются вывихи плечевого сустава, возникающие при освобождении запрокинутой ручки, причем иногда они сопровождаются разрывами внутрисуставной сумки с последующим кровоизлиянием в сустав.

Возможность подобных повреждений, представляющих собой родовую травму, должна быть известна судебно-медицинскому эксперту, а в случаях неясного описания их в истории болезни он должен получить дополнитель-

¹ О. С. Тупинг. О травматизме ключиц у новорожденных, его клинике и профилактике. Журнал по изучению раннего детского возраста, 1932, т. 12, № 1.

ные сведения от акушера и педиатра, если смерть ребенка наступила не сразу и он в течение некоторого времени находился в детском отделении родильного дома. Судебно-медицинская экспертиза о насильственной смерти новорожденного весьма ответственна и ее результаты представляют собой основной фактический материал для следствия и суда.

Для полноценности судебно-медицинского заключения необходимо, чтобы эксперт был обеспечен доброкачественным материалом расследования, который ему представляют органы следствия.

Для этого необходимо иметь точные сведения не только о месте нахождения трупа ребенка и сроке его пребывания там, но и точное подробное описание, в каком состоянии был обнаружен труп. Для этого необходимо выезд судебно-медицинского эксперта на место происшествия. Очень важно выявить характеристику матери и подозреваемых соучастников, если их несколько. Промедление в проведении следствия и ознакомления с материалами его может быть одной из причин, затрудняющих экспертизу. Очень важно исследование предметов, которые применялись при совершении насильственной смерти.

При судебно-медицинской экспертизе должна быть осмотрена женщина, подозреваемая или обвиняемая в насильственной смерти новорожденного. Необходимо учитывать, что успех экспертизы тесно связан с ранней явкой женщины для обследования, так как при запоздалой явке многие признаки бывших родов исчезают, в частности теряется один из важных признаков — микроскопическая диагностика секрета молочных желез, а также уменьшается типичность признаков шейки матки, величины, консистенции и пр. самой матки и тем самым затрудняется ответ на вопрос о недавних родах, сроке и характере их (затяжные, стремительные).

Эксперт должен решить вопрос о психическом состоянии женщины, а иногда и об ее вменяемости.

После Великой Октябрьской социалистической революции предпосылки к детоубийству в значительной степени исчезли, так как положение женщины резко изменилось к лучшему. Советская власть не только установила равноправие женщины, но и создала для нее такое положение и условия, при которых женщины стали великой культурной и творческой силой в стране. Было уничтожено деление детей на «незаконнорожденных» и «законнорожденных». Мать, родившая ребенка при незарегистрированном браке, может безотказно поместить его на воспитание в детский дом или получить денежное пособие для воспитания его в домашних условиях. Упорядочен вопрос об аборте. 23 ноября 1955 г. был издан Указ Президиума Верховного Совета «Об отмене запрещения аборт». Ликвидирована безработица. Женщина за свой труд получает равную оплату с мужчиной, участвует в законодательных учреждениях. Среди членов Верховного Совета значительное количество составляют женщины. В нашей стране широко развернута работа по охране материнства и детства. Многодетные матери обеспечены материальной помощью, им присуждают ордена: «Мать-героиня», «Материнская слава», «Медаль материнства». Советский Союз имеет широко разветвленную сеть женских и детских консультаций, родильных домов, детских яслей, молочных кухонь, санаториев для беременных. В Советской стране женщина-мать окружена почетом и уважением, но пережитки прошлого, различные суеверия окончательно еще не изжиты и случаи насильственной смерти новорожденного все же еще встречаются.

При оценке детоубийства различают: 1) умышленное убийство новорожденного и 2) подкидывание или неоказание помощи новорожденному.

ПРИЧИНЫ СМЕРТИ РЕБЕНКА ДО РОДОВ

При анализе мертворождаемости выясняется, что в небольшом числе случаев причины внутриутробной смерти ребенка остаются непонятными. В других случаях она связана с внутриутробной патологией в зависимости от состояния матери или самого плода. Наконец, встречаются еще случаи, когда причиной мертворождаемости являются врачебная ошибка и погрешности при ведении родов.

Советское здравоохранение сделало много для улучшения дела родовспоможения в нашей стране; домашние роды изжиты, построены прекрасные родовспомогательные учреждения, создано огромное количество консультаций для женщин и детей. Роды ведутся под наблюдением врачебного персонала, с применением обезболивания. Консультация борется с недонашиваемостью, проводят профилактику акушерской патологии и мертворождаемости.

Каждый случай мертворождения анализируется в нескольких инстанциях до Министерства здравоохранения СССР включительно. В настоящее время мертворождаемость в РСФСР снизилась до 1,9%.

Проблема мертворождаемости привлекает внимание акушеров, педиатров, гигиенистов, организаторов здравоохранения, судебных медиков. Она не только представляет научный интерес, но и имеет большое государственное значение.

Рядом распоряжений Министерства здравоохранения СССР даны разъяснения, согласно которым признаком жизни при отличии мертворожденного от родившихся живыми признается дыхание, а не сердцебиение. Мертворожденным считается плод, родившийся по истечении 7 календарных месяцев и умерший. Рождение плода ранее 7 месяцев беременности считается выкидышем.

По времени наступления смерти различают смерть плода антенатальную, интранатальную и постнатальную, т. е. до рождения, во время рождения и после рождения. Срок нахождения умершего плода в утробе матери может быть продолжительным. При этом иногда он рождается мацерированным. При двойне второй плод может быть настолько сдавленным, что рождается резко уплотненным (так называемый бумажный плод). Длительность второго интранатального периода, когда возможна смерть плода, тесно связана с продолжительностью родов. Сердцебиение плода во время родового акта претерпевает изменение, в результате которого плод иногда может родиться без дыхания. Период возможной смерти плода постнатально по сравнению с предыдущим более короткий, хотя в момент рождения сердцебиение плода и определяется, ребенок не подает признаков жизни, дыхательные движения отсутствуют. Сердцебиение в подобных случаях может продолжаться долго — полчаса, час и дольше, но вывести новорожденного из состояния асфиксии не удается, и он погибает без появления дыхания.

Приведем несколько цифр. Так, в Петербурге в 1874—1886 г., по данным П. А. Парышева, мертворождаемость в одном из родовспомогательных учреждений составляла 7,5%, в Харькове в 1892—1909 гг., по данным И. Х. Ханжинского, 6,48%, в Москве в 1924—1927 гг., по данным Кононовой и Шавыриной, 2,6%, в 1938—1940 гг., по данным М. В. Трубочкина, лишь 1,88%, а в Киеве до 1938 г., по данным Буйко, составляла 2,09%.

На процент мертворождаемости оказывают влияние разные условия, которые могут проявиться в любой момент беременности: социально-бытовые факторы (например, в незарегистрированных браках мертворождаемость выше), условия труда и особенности профессии, аномалии и продол-

жителность родового акта, общее развитие плода, в том числе и вес его, болезни плода, заболевание матери, патологии плаценты, родоразрешающие операции, охват населения акушерско-гинекологической помощью, качество охраны труда беременной, квалификация акушерского персонала, количество аборт и родов у данной женщины в прошлом (А. В. Ланкович). У первородящих мертворождения встречаются чаще, чем у много-рождавших.

Самой частой причиной смерти плода считался сифилис. Старые авторы в дореволюционное время сообщали большие цифры преждевременных родов, недоношенности, мертворождений при сифилисе матерей. В СССР благодаря планомерной борьбе с венерическими заболеваниями сифилис поворожденных является редкостью.

К причинам смерти плода во время беременности относятся острые инфекционные заболевания: тифы, пневмония, скарлатина, дизентерия, малярия и особенно грипп, сопровождающийся высокой температурой с переходом инфекции на оболочки, послед и плод.

Внутриутробная смерть плода может наступить от случайного или умышленного отравления разными ядами и при тяжелых пищевых отравлениях (птомаины). Нам лично пришлось наблюдать случай внутриутробной смерти плода при шестимесячной беременности вследствие тяжелого отравления грибами и другой случай при газовом отравлении у женщины, которая в первой половине беременности оставалась в течение 10—11 часов в комнате, не вполне проветренной после дезинфекции формалином. В результате этого беременность через 3 дня закончилась аборт. При беременности от 1½ до 2 месяцев наблюдаются случаи рассасывания зародыша, которые сопровождаются задержкой менструаций.

К причинам мертворождений, связанным с патологией самого яйца, относятся: низкое расположение всего яйца, т. е. недостаточная защита его, повреждающее значение травмы, например контуса (эти сведения можно получить из истории болезни), низкое прикрепление плаценты, короткость пуповины, перекручивание, образование ложных узлов, отслойка плаценты, инфаркты в ней и наличие патологии крови, а именно резус-фактора. Резус-фактор, открытый в 1940 г. Ландштейнером и Винером, у нас был подробно изучен проф. Н. В. Поповым, Т. А. Ичаловской и др.

Значение его в акушерстве, педиатрии и судебной медицине определяется его участием в патогенезе врожденной гемолитической болезни. При наличии резус-фактора у ребенка и отсутствии его у матери последняя, иммунизируясь кровью собственного ребенка, может выработать антитела — антирезус. Эти антитела, проникая через плаценту в организм ребенка, могут вызвать разрушение его эритроцитов, что создает одну из форм гемолитической болезни новорожденного или плода.

По этому вопросу имеется большое количество работ и исследований. В числе основных авторов можно указать Н. В. Попова, Н. И. Блинова, М. А. Умнову, Н. В. Сапожникова, Т. А. Ичаловскую и др.

Различают четыре формы гемолитической болезни. При первой форме у новорожденных общий отек отсутствует, ткани плода при интранатальной смерти подвергаются мацерации в различной степени в зависимости от времени пребывания его в организме матери.

Вторая форма характеризуется общей водянкой плода. В подобных случаях ребенок рождается преждевременно — на VII—IX лунном месяце. Смерть наступает через несколько часов. При вскрытии кожа и мягкие ткани отечны, в серозных полостях скопление жидкости, печень и селезенка увеличены. При микроскопии в них и в других тканях обнаруживаются очаги скопления крови.

К третьей форме относится тяжелая желтуха новорожденного. Как показывает само название, характерным симптомом здесь является желтуха, которая начинается внутриутробно и заметна у ребенка во время родов. В ряде случаев она появляется только в первые дни внеутробной жизни и прогрессирует. В тяжелых случаях ребенок погибает в первые сутки. Если новорожденный перенес тяжелый период, желтуха постепенно исчезает. Продолжительность желтухи колеблется от 1—2 недель до 2 месяцев. Иногда желтуху сменяет нарастающая анемия с падением гемоглобина до 15—20% и с уменьшением эритроцитов до 1 000 000.

Четвертая форма — врожденная гемолитическая анемия — при рождении может быть нерезко выраженной, но в первые дни жизни новорожденного усиливается. Тогда количество гемоглобина и эритроцитов, как и при третьей форме, резко падает, встречаются ядерные формы эритроцитов. Подобные формы анемий у 10—12% детей заканчиваются смертью.

Т. А. Ичаловская обследовала 811 человек и констатировала, что резус-фактор передается детям при наличии его у одного или обоих родителей. Резус-фактор у новорожденных не появляется, если его не было у родителей.

Реальным средством борьбы с гемолитической болезнью у новорожденных является переливание им резусотрицательной крови. В целях профилактики гемолитической болезни у новорожденных необходимо учитывать анамнез у многорожавших и проводить серологическое исследование крови. При положительном результате беременную следует до родов поместить в палату беременных, а новорожденному произвести переливание резусотрицательной крови.

Кроме вышеуказанных причин, большое значение имеют токсикозы, в частности эклампсия, нефрозо-нефрит. В последнем случае встречается мацерированный плод. При вскрытии мертворожденных при эклампсии у них находили поражение почек, печени, легких, кровоизлияния в перикард и в плевру.

Описаны также случаи, когда у мертворожденных при эклампсии и других токсикозах никаких характерных изменений не обнаружено.

Мертвый плод может длительно задерживаться в полости матки, а при внематочной беременности в полости таза. Такое пребывание исчисляется неделями, месяцами и, правда, в редких случаях, годами. За это время плод претерпевает различные изменения: мацерацию, мумификацию, окоченение (литопедион).

Первые явления мацерации начинаются через 3—4 дня после смерти плода. Позднее к мацерации присоединяются процессы гниения. В дальнейшем в случаях длительного пребывания плода в полости матки из крови выделяется пигмент и все ткани приобретают серовато-белый цвет.

Особое место занимает мацерация плода. Мацерация, т. е. влажное размягчение (по А. И. Абрикосову), наблюдается в тканях плода, если он умирает в полости матки и остается в ней при асептических условиях. В противоположность этому мумификация является высыханием, сопровождающимся изменением цвета в виде почернения. Мацерированный вожающийся плод имеет характерный вид: он становится мягким, дряблым, кожа его морщиниста, эпидермис отстает, свисает, иногда приподнят в виде пузырей, местами отсутствует, и тогда обнажается грязно-бурая или красная поверхность кожи, скользкая на ощупь. Мацерации подвергаются почти все ткани трупа, поэтому он деформируется. Кости черепа разъединяются, голова уплощается, становится мягкой и напоминает мешок с костями. Грудная клетка и живот уплощаются. Сочленения очень подвижны, эпифизы костей отделены от диафизов. Пигмент крови пропитывает все тка-

ни и органы, поэтому хрящи и кости окрашены в грязно-бурый цвет. В серозных полостях содержится жидкость такого же цвета. Внутренние органы размятчены, дряблы, красно-бурого или грязно-серого цвета.

У сифилитических плодов обнаруживают белую пневмонию, изменения в печени и особенно характерные изменения в трубчатых костях в форме остеохондритов.

В судебно-медицинской экспертизе важное значение имеет вопрос о возможности внутриутробной смерти плода или о нанесении ему повреждений при травме матери. В этом направлении имеется довольно большая судебно-медицинская казуистика.

Такие повреждения, как переломы костей, нанесение побоев в область живота, падение с высоты с последующим сотрясением мозга, могут стать причиной отслойки плаценты с кровотечением, разрывов сосудов, повреждения внутренних органов у беременной. Одновременно могут произойти и повреждения у плода в форме перелома костей, черепных кровоизлияний, вдавлений в области черепных и лобных костей.

Однако повреждения у плода бывают не так часто вследствие его положения в околоплодной жидкости и защищенного положения головки в полости таза.

В. Ф. Снегирев описал случай интрапатальной патологии. Беременная в последний месяц беременности упала с высокой кровати. Ребенок родился с внутричерепным кровоизлиянием, в результате чего у него развилась гемиплегия правой половины тела центрального происхождения.

В 1944 г. мы наблюдали случай, когда женщина, имевшая 5-месячную беременность, получила ушиб грузовой машиной в голову, результатом чего явилось сотрясение мозга в тяжелой форме и кровоизлияние в брыжейку. Беременность продолжалась и роды закончились нормальным плодом.

В. О. Мержеевский приводит следующий случай, весьма поучительный в судебно-медицинском отношении. Женщина на VIII месяце беременности упала животом на край кадки. У нее наступил обморок и вслед за ним началось кровотечение из половых органов. Было предпринято лечение. Спустя 47 дней она легко и скоро родила (восьмой раз) живого здорового ребенка, на правой лобной кости которого (при неповрежденной коже) оказалось вдавление звездообразной формы, от которого через 3 месяца не осталось следа.

Надо иметь в виду, что вдавления могут происходить иногда независимо от внешних воздействий, т. е. травмы во время родов, и являются результатом продолжительного давления головки ребенка на промонториум. Этому могут благоприятствовать и гиперостозы таза. Описаны редкие случаи перелома черепа у плода даже при легких родах.

Наряду с этим встречаются и описаны наблюдения, когда у ребенка, находившегося в матке, возникали повреждения черепа в результате насилия и побоев, полученных беременной непосредственно в область живота.

По поводу судебно-медицинской оценки нанесения повреждений беременной имеется определение Верховного суда РСФСР от 25 мая 1932 г., в котором указывается, что «плод до рождения его и пока он не начал жить и дышать самостоятельно не может рассматриваться отдельным физическим лицом». Поэтому удар в живот беременной женщины, вследствие чего наступили преждевременные роды, независимо мертвым или живым плодом, должен рассцениваться как действие не против плода, а как нанесение тяжелого, опасного для жизни повреждения.

ПРИЧИНЫ СМЕРТИ РЕБЕНКА ВО ВРЕМЯ РОДОВ

Как показывают статистические данные, мертворождаемость, связанная с процессом родов, составляет более половины всех мертворождений.

Ввиду того что в нашей стране родовспоможение стоит на должной высоте, при судебно-медицинских вскрытиях большинство трупов новорожденных относится к родам, протекавшим без акушерской помощи, тайно, в обстановке, где новорожденный остается без помощи (например, в лесу, в поле и т. д.).

Причины смерти плода во время родов значительно разнообразнее, чем до родов, и чаще являются объектом судебно-медицинской экспертизы. Их можно объединить в две основные группы: преждевременное прекращение плацентарного дыхания (прижатие, ущемление, обвитие пуповиной, отслойка плаценты и пр.) и сдавление головки родовыми путями.

Плацентарное кровообращение в условиях нормальных родов продолжается в течение нескольких минут после полного выхода плода из матки. Если плацентарное дыхание закончится раньше, чем начнется легочное дыхание, наступит асфиксия плода, которая может повести к его смерти во время самого акта родов или после них, если не начнется легочное дыхание.

Плацентарное кровообращение может прекратиться раньше срока в силу следующих причин: 1) прижатие пуповины, чему способствует удлинение ее и обвитие вокруг шеи ребенка или вокруг конечностей, причем иногда настолько сильно, что происходит удушение. Это бывает при безводных затянувшихся родах; 2) короткая пуповина, в результате чего происходит преждевременная отслойка последа; 3) центральное предлежание последа; 4) чрезмерная потужная деятельность матки; 5) судорожное сокращение матки с охватом шейки плода, особенно во время прохождения последующей головки при ягодичном или ножном предлежании. В таких редких случаях на шее мертвого ребенка находили вдавление в форме борозды шириной 1—2 см, красноватого цвета с синеватым оттенком. Во всех описанных случаях при наличии одной из вышеупомянутых причин прекращается снабжение кислородом через плаценту, отчего в крови еще не родившегося ребенка накапливается углекислота, раздражающая продолговатый мозг и обуславливающая тем самым наступление преждевременных дыхательных движений. Ребенок аспирирует в трахею, крупные и мелкие бронхи слизь, частицы первородной смазки, волосы, меконий. Асфиксия вследствие прижатия пуповины чаще всего наблюдается при выпадении последней, чему способствует ее удлинение и положение плода. При поперечном положении и тазовом предлежании во время изгнания плода создаются условия, способствующие выпадению пуповины, чему благоприятствует также узкий таз, многоводие и ранний разрыв околоплодного пузыря.

И. А. Аршавский различает три группы асфиксии в зависимости от причин и условий их возникновения: 1) асфиксии токсического характера, преимущественно в период беременности (эклампсия, токсикозы и др.); 2) асфиксия в результате родовой травмы; 3) асфиксия вследствие аспирации слизи и околоплодных вод в дыхательные пути.

Имеются наблюдения, что развитие синей асфиксии является результатом внезапно возникшего препятствия в кровообращении плода, белая же асфиксия является результатом медленно действующего вредного фактора.

Приведенная выше классификация несколько схематична, не охватывает всех факторов, важных для судебно-медицинского исследования причин асфиксии новорожденных, и требует дальнейшей разработки.

Применение операций, т. е. так называемые оперативные роды дают довольно значительный процент асфиксий. Проф. И. Ф. Жордана приводит данные, демонстрирующие влияние различных операций на мертворождаемость при тазовых предлежаниях (табл. 8).

Таблица 8

Оперативное пособие	% мертворождаемости
Ручное пособие	6,4
Профилактическое низведение ножки	22,2
Извлечение плода за ножки	52,0
» » » ягодичы	50,0

Смерть плода во время родов может наступить также в тех случаях, когда пуповина и ее сосуды своей большей частью прикреплены не к плаценте, а к оболочкам, причем иногда на значительном расстоянии от края плаценты.

При такой патологии пупочные сосуды от места прикрепления до плаценты проходят между водной и хориальной оболочками совершенно обнаженными и не защищенными вартоновым студнем. Опасность оболочного прикрепления пуповины возникает уже в процессе беременности вследствие нарушения питания плода, что может в некоторых случаях привести к смерти. С наступлением родов может произойти прижатие сосудов, направляющихся к последу, и даже разрыв их, в результате чего наступает кровотечение.

Подобная аномалия прикрепления пуповины особенно неблагоприятна, если место разрыва пузыря совпадает с местом обнажения сосудов пуповины. Таким образом, в результате прижатия обнаженных сосудов может наступить асфиксия плода еще во внутриутробной жизни, а кровотечение в результате разрыва сосудов большей частью происходит во время родов.

При вскрытии трупа поворожденного, смерть которого наступила от асфиксии, при наружном осмотре обнаруживают различную степень синюшной окраски кожных покровов и лица, экхимозы конъюнктивы глаз, полнокровие, присутствие в дыхательных путях околоплодной жидкости, слизи, первородной смазки, волосков, крови и мекония. В полостях носа, рта, гортани, дыхательном горле и бронхах находят слизь и меконий, которые гистологически можно определить даже в мелких бронхах.

Смерть от сжатия головки. Сдавливание или сжатие головки в известных границах происходит при каждом роде. Прохождение плода через родовые пути становится возможным при нормальном членорасположении плода, который лежит так, чтобы занимать наименьший объем, для чего он принимает яйцевидную форму, соответствующую полости матки. Некоторые (Зельхейм, Штеккель) считают, что для наименьшего объема при прохождении через родовые пути плод принимает форму, приближающуюся к цилиндру (так называемый плодный цилиндр).

При прохождении через родовые пути череп плода должен изменять свою конфигурацию и уменьшаться в размерах.

Кости черепа плода соединены между собой фиброзной податливой тканью, образующей швы, поэтому кости черепа во время родов в силу сжатия заходят одна за другую, так как наличие швов допускает их взаимную подвижность.

При изменении формы и объема черепа теменные кости у стреловидного шва надвигаются одна на другую, лобная и затылочная кости на другую и подходят под теменные кости. В результате сжатия костей головы происходит временное сдавление мозга, что во время прохождения головки вызывает замедление сердцебиения.

Приспосабливающаяся конфигурация головки относится к физиологическим условиям родового процесса, однако эти условия иногда могут перейти границу физиологии и стать патологическими, с вытекающими неблагоприятными последствиями для плода (тяжелые повреждения и смерть).

Вдавления на костях головки располагаются на лобной и теменных костях, образование их связано с давлением промотория или костей лонного сочленения при затяжных родах, при больших степенях сужения таза, при крупном плоде. Кровоизлияния по ходу трещины или на протяжении вдавления служат доказательством их прижизненного происхождения.

В результате длительных родов головная опухоль становится кровяной, так называемой кефалогематомой. Кефалогематома — это флюктуирующая опухоль величиной с куриное яйцо и более, представляющая собой кровоизлияние под перпост темепных костей, большей частью односторонняя. Она возникает вследствие смещения мягких частей. При этом нарушается целостность сосудов, идущих от перпоста и кости. В отличие от расплывчатой опухоли она резко отграничена и никогда не переходит линии швов или через родничок.

При узком тазе, а также при патологическом течении родов или оперативном вмешательстве обнаруживаются внутричерепные или мозговые кровоизлияния. Кровоизлияния встречаются в среднем у 25—30% мертворожденных. Частота внутричерепных кровоизлияний при родах с тазоворуждением особенно велика. По данным П. М. Буйко, С. В. Кислым предложением особенно велика. По данным П. М. Буйко, С. В. Кислым предложением особенно велика. По данным П. М. Буйко, С. В. Кислым предложением особенно велика.

Во время родов возникают благоприятные условия для возникновения кровоизлияния: при конфигурации головки происходит наджигание теменных костей одна на другую, что создает затруднение оттока главного отводящего ствола *sinus longitudinalis*. При этом может наступить отечность мозга с экстравазатами, а при длительном сдавлении вследствие структуры матки и кровоизлияние.

При наджигании чешуи затылочной кости на теменные получается сдавливание *sinus transversus* или *rectus* и разрыв синусов. Главная масса крови при этом обнаруживается под *tentorium cerebelli*. Кровоизлияние иногда распространяется через мозжечок на продолговатый мозг.

Третий вариант, относительно редкий,— это кровоизлияние в желудочки, откуда кровь может попасть в продолговатый мозг.

В большинстве случаев кровоизлияние во время родов возникает в результате разрыва *tentorium cerebelli*. Такие разрывы происходят от сдавливания головки в направлении от виска к виску. Эти кровоизлияния разделяют на супра- и инфратенториальные. Опыт показывает, что изменение положения головки и удлинение ее размеров, например при разгибательных предлежаниях, опасны, так как могут повлечь за собой разрыв тонкостенных вен мозговых оболочек. Отсутствие при вскрытии макроскопических кровоизлияний в мозгу еще не решает вопроса об отсутствии в данном случае травмы. В этом отношении для окончательного заключения требуется тонкое гистологическое исследование, при котором обнаруживают скопление жира в глиозных клетках, что свидетельствует о регрессивных изменениях как результате травмы черепа с кровоизлиянием. Единичные авторы считают эти находки физиологическим явлением, относя их к миелогенезу.

Не все случаи кровоизлияния в мозг зависят только от пространственных соотношений между головкой младенца и тазом матери или от продолжительности родов. Большое количество внутриутробных кровоизлияний наблюдается у недоношенных. Немалую роль при этом играет ломкость сосудов и большая проницаемость капилляров. Важная роль, помимо травмы, принадлежит асфиксии, тесно связанной с расстройством кровообращения от многочисленных, изложенных выше причин. Поэк следующим образом объясняет механизм кровоизлияний на почве асфиксии. Сдавливание пуповины, отслойка плаценты и прочие осложнения приводят к накоплению углекислоты в крови ребенка и раздражению у него сосудистого центра. Сердце ребенка начинает работать сильнее, нежные мозговые сосуды не выдерживают повышенного давления крови и разрываются. Однако многие авторы считают, что эта гипотеза не имеет достаточных оснований.

Важно иметь в виду, что кровоизлияние в мозг может произойти в результате разницы внутриматочного и атмосферного давления: выдающийся из шейки матки полюс головки подвергается атмосферному давлению, т. е. давлению меньшей силы, чем часть головки, находящаяся в полости матки под сильным внутриматочным давлением, что создает стаз в сосудах с последующим кровоизлиянием (И. Л. Штерн, Шварц, Райц, Зейц и др.).

Во время родов могут возникнуть кровоизлияния и в спинномозговой канал, что, по исследованиям Л. Г. Додоновой (1954), относится к одному из признаков родовой травмы. Возникновению подобных кровоизлияний благоприятствуют следующие факторы: асфиксия, обуславливающая застой крови и повышенную проницаемость сосудистой стенки, длительные роды, длительный безводный период, недостаточное развитие в сосудистой стенке у недоношенных детей эластических волокон. Эти кровоиз-

лияния происходят не сразу. Сначала образуется отек клетчатки, затем под влиянием застоя крови — при длительных патологических родах — увеличивается кровенаполнение сосудов эпидуральной клетчатки, что приводит к разрыву сосудов и кровотечению из них. Эпидуральные кровоизлияния Л. Г. Додорова наблюдала в 93 случаях, субдуральные — в 10 случаях, а сочетание субдуральных и эпидуральных кровоизлияний — в 7 случаях. Субдуральные кровоизлияния происходят вследствие затека крови из полости черепа в спинной мозг.

Важным обстоятельством является то, что на костях черепа вполне развитого поворожденного встречаются дефекты окостенения. По форме они представляют собой отверстия небольшого диаметра с неровными краями, имеющими неглубокие выемки. Дефекты окостенения часто встречаются в сочетании с трещинами костей. Большей частью они расположены в области теменных костей, реже на лобной кости. Кость в окружности отверстий истончена, просвечивает. В судебно-медицинском отношении важно, что отверстия эти никогда не бывают вдавленными. В окружности их никогда не встречается кровоизлияний, что отличает их от повреждений при родах и насильственных повреждений.

Вскрывать череп мертворожденных надо очень осторожно, чтобы найти не только кровоизлияние, но и источник его. При наличии повреждений костей черепа как при родах с подлежащей головкой, так и при ягодичных предлежаниях требуется решить, относятся ли они к родовой травме или являются результатом насильственных повреждений, нанесенных позже.

Для дачи заключения о причине смерти ребенка во время родов необходимо подвергнуть судебно-медицинской экспертизе и мать мертворожденного, если она известна. От нее можно получить сведения, как протекали роды, были ли они первыми или повторными, узнать их характерные особенности (затяжные, быстрые, сухие, тяжелые). Кроме того, можно проверить емкость и особенности строения ее таза и внутренних половых органов.

Сопоставление этих данных с результатами вскрытия мертворожденного помогает решить вопрос о механизме перелома костей черепа, происхождения трещин и других повреждений. Приводим примеры возможных вариантов при заключении.

1. При отсутствии повреждений на мягких покровах черепа и наличии повреждений на местах, чаще всего травмируемых при родовом акте, особенно на теменных костях, можно с большей или меньшей точностью сделать заключение, что имеет место родовая травма.

2. При наличии значительных повреждений, иногда со следами на кожных покровах головы, шеи и т. п., и одновременно признаков внеутробной жизни плода следует дать заключение, что эти повреждения произошли после родового акта.

3. Если переломы и трещины черепа, например перелом основания черепа, сопровождаются повреждением кожных покровов на местах, нетипичных для родовой травмы, то при наличии признаков внеутробной жизни плода следует дать заключение, что они не связаны с родовым актом.

Надо помнить, что в некоторых случаях роды происходят в таких условиях, когда головка ударяется о пол или какой-нибудь иной твердый предмет — пень (при родах в лесу), стульчак, что может причинить тяжелые и смертельные повреждения, в то время как биологические (легочная, желудочная и др.) пробы могут быть положительными или неясными. Вопрос в этих случаях решается на основании анализа обстоятельств дела.

ПРИЧИНЫ СМЕРТИ НОВОРОЖДЕННЫХ ПОСЛЕ РОДОВ

К причинам смерти новорожденного после родов относятся:

1. Нежизнеспособность. Жизнеспособность зависит от зрелости, которая главным образом обеспечивает способность ребенка существовать вне материнского организма. Чем меньше зрелость, тем менее устойчива сопротивляемость ребенка вредным внешним условиям. Дети, рожденные до 8 месяцев, т. е. имеющие длину до 40 см и вес 1500—1200 г, часто



Рис. 79. Нежизнеспособный плод вследствие сложного уродства с эктопией сердца и мочевого пузыря (случай Я. И. Калининкова).

умирают и в судебно-медицинском отношении признаются нежизнеспособными, хотя при создании им исключительных условий ухода могут выживать.

2. Наличие пороков развития или внутриутробных дефектов не совместимых с жизнью. Сюда относится недоразвитие, а иногда отсутствие черепа, головного мозга, сердца, пороки развития сердца, почек, заращение кишок, опеченение легких и другие редкие и комбинированные уродства (рис. 79).

3. Разнообразная патология течения беременности и акта родов в силу различных повреждений. Плод иногда может жить некоторое время в зависимости от степени повреждений, но, в конце концов, погибает.

4. Ряд случайных, неожиданных обстоятельств: асфиксия, падение плода при стремительных родах, пупочное кровотечение и пр. Непосредственно после рождения новорожденный иногда оказывается в условиях, при которых может погибнуть от асфиксии. Смерть может наступить, если ребенок родится в неразорванных оболочках (в так называемой рубашке), если части оболочек закроют дыхательные пути, если дыхательные пути несвоевременно и неумело будут очищены от слизи и околоплодных вод, если плод родится с туго обвитой пуповиной, а меры борьбы с асфиксией не будут своевременно приняты, при закрытии рта и носа частями тела матери — бедрами или одеждой, если новорожденный родился в асфиксии и необходимые меры, чтобы вывести его из этого состояния, не были приняты.

5. Осложнения, возникающие при так называемых неожиданных, стремительных родах или при родах с падением. Женщина чувствует боли и вслед за схватками и позывами на низ отправляется в уборную

и там родит. Роды нередко происходят в стоячем положении, вследствие чего могут наступить тяжелые повреждения головки. Вследствие неожиданности роды могут произойти в самой неподходящей обстановке (особенно если они тайные и женщина намеревается родить без свидетелей). Исход таких родов зависит от того, куда попадет ребенок. При неожиданных родах на улице, в лесу, в комнате новорожденный падает на что-нибудь твердое. Сила падения связана с длиной пуповины, которая может (до разрыва) оказать сопротивление и ослабить силу падения. При этом имеет значение вес плода. При падении на пол (деревянный или каменный) могут образоваться радиарные трещины с кровоизлияниями, при падении на землю повреждений кожных покровов может и не быть, но трещины могут возникнуть преимущественно в теменных костях. При падении на острые предметы бывают ранения мягких частей. В тех и других случаях встречаются кровоизлияния в полость черепа.

При оценке судебно-медицинской значимости повреждений при родах с падением ребенка или насильственных повреждений важны следующие соображения: против родов стоя или на корточках в пользу насильственных говорят обширные повреждения головки и остальных частей тела. Однако для окончательного заключения необходим осмотр места происшествия, план его или фотография. Для оценки факта стремительных родов должна быть подвергнута экспертизе женщина, изучена ее половая сфера, таз, общее состояние организма и возбудимость нервной системы.

6. Кровотечение из неперевязанной пуповины — явление относительно редкое. Проф. М. И. Райский считает, что сокращение перерезанных сосудов, начавшееся дыхание и функционирование малого круга кровообращения почти исключают такую возможность. При исследовании более 300 трупов новорожденных с неперевязанной пуповиной он ни разу не отметил смерти от кровотечения. Далее он гипотетически предполагает, что при кровотечениях из неперевязанной пуповины можно думать о воздушной эмболии через сосуды пуповины, но это требует специальных исследований. Несмотря на это и на способность пуповины скручиваться, сокращаться, а также способность внутренней оболочки сосудов заворачиваться внутрь при обрыве или перерезке ее, если пуповина перерезана до прекращения внутриутробного кровообращения или тотчас после начала легочного дыхания, создается опасность пупочного кровотечения.

7. Кровотечение из перевязанной пуповины, если лигатура недостаточно прочно наложена или если она наложена на слишком коротком отрезке пуповины, а также при подсыхании пуповины, когда вследствие изменения толщины пуповины вся лигатура спадает.

Констатирование смерти новорожденного от пупочного кровотечения базируется на признаках общего острого малокровия и на самом факте плохо перевязанной или совсем не перевязанной пуповины. При этом должны быть исключены другие источники кровотечения — вследствие повреждений, ранений или заболевания, например меленой. Чтобы не быть введенным в заблуждение по поводу источника кровотечения, эксперт должен иметь в виду, что пуповина может быть перевязана и после того, как кровотечение закончилось.

НАСИЛЬСТВЕННАЯ СМЕРТЬ

Различают два вида насильственной смерти: детоубийство пассивное и активное. Под пассивным убийством понимается смерть ребенка вследствие не оказания ему помощи. Только что родившийся ребенок, безусловно, нуждается в помощи опытного лица, которое обеспечит ему нормальное внеутробное существование. Родоразрешение, протекающее без

посторонней помощи, всегда представляет собой значительную опасность для матери и ребенка. Часто для лишения новорожденного жизни не требуется насильственных действий, а достаточно одного неоказания помощи. В случаях стремительных, неожиданных родов без посторонней помощи ребенку может быть оказана недостаточная помощь или совсем не оказана по вине матери. Первородящая в силу неопытности может не знать, что нужно сделать для сохранения жизни ребенка, и поэтому не принять своевременно надлежащих мер. Очень нервная, возбудимая роженица при тяжелых родах, сопровождающихся болями, или обессиленная кровотечением может находиться в состоянии обморока, во время которого оставленный без помощи ребенок может погибнуть от разных причин, чаще всего от асфиксии, кровотечения и охлаждения.

При неоказании первой помощи ребенку мать обычно ссылается на то, что она впала в бессознательное состояние и не могла поэтому оказать ребенку помощь, или на то, что она приняла ребенка за мертвого, так как он не кричал, не дышал и не двигался. Если женщина родит тайно, одна на чердаке, в сарае, в лесу, в поле и т. п., то в таких случаях оказать соответствующую помощь ребенку труднее, тем более что она сама в этих условиях нуждается в помощи. В подобных случаях решающую роль играет расследование.

Смерть от охлаждения и низких температур. Новорожденный по выходе из матки, где он находился в соответствующей температуре материнского тела, неспособен сразу развить продукцию тепла и потому очень нуждается в тепле и защите одеждой или чем-нибудь теплым. Для смерти ребенка от охлаждения необязательно понижение температуры до нуля, для этого бывает достаточно 5—8°.

Фабриче сообщает, что очень крепкие дети в течение короткого времени могут переносить низкие температуры. Например, удавалось сохранить жизнь детей, которые около получаса находились при температуре ниже нуля.

Когда смерть наступает в результате очень низких температур, труп замерзает. Если ребенок умер при температуре несколько выше нуля, то при вскрытии каких-либо характерных изменений не наблюдается, кроме выраженной в различной степени гиперемии мозга. На замерзшем трупе цвет кожи всего тела, особенно на ушах и конечностях, имеет синеватый оттенок, ногти темно-синего цвета, мозг, кровь, легкие находятся в замороженном состоянии.

Однако к этим признакам следует относиться критически. Важно знать обстоятельства, при которых был найден труп, время года и пр. Только при отсутствии признаков, указывающих на другой вид смерти, можно дать положительное заключение. Примером влияния холода на оставленного без помощи новорожденного служит следующий случай Э. К. Финешинной (экспертиза 30 апреля 1954 г.).

М., 22 лет, незамужняя, забеременела. Беременность первая. Для прерывания ее 12/IV 1954 г. был введен буж, но так как это не оказало желаемого действия, М. дважды приняла хинин. Через 5 дней после этого, т. е. 17/IV, начались боли внизу живота и схватки. М. пошла в общественную уборную, села над отверстием в полу. Отошли воды, и родился ребенок, который упал под пол. Пуповина оборвалась сама. Ребенок не кричал. М. пошла домой, но по дороге ей стало плохо, началось кровотечение. Скорая помощь доставила ее в больницу. Где вышел послед, М. не помнит. Его нашли на дороге. В тот же день через несколько часов из соседнего отделения уборной услышали крик ребенка. Пол в уборной вскрыли и на льду обнаружили живого новорожденного женского пола. Ребенок был доставлен в родильный дом. Вес ребенка 2100 г, длина 46 см, окружность головки 33 см, расстояние между плечиками 11 см, между бедрами 10 см. Состояние ребенка удовлетворительное, несмотря на то, что он в течение 3—4 часов находился на льду. Падение с высоты 2—3 м не вызвало повреждений на теле. Родильный дом сообщил, что ребенок развивается нормально.

При
ет. своей
пускает
310 г. Ко
ковской
1. Р
2. В
м. п. н. х.
3. Р
возможн
пого обр
4. П
5. П
возможн
6. П
затемнел

Го
щи. Та
известно
личестве
нее длит
чины, по
каких-ли
щевое с
большие
абсолют
Сме

новоро
вопрос о
ревязанн
в течение
гие други
вины и с
причинной
В. М. См
что крово
занной, с
Ослу
Каспер, Х
занную п
ления кро
на это, ч
Если

ния при т
даже разд
перевязки
вину. Ну
на ней ли

Детой
шает жизн
после них
убийства
1924—1926
механичес
ских повр
Убийс
после ро

При обследовании М. 30/IV 1954 г. установлено следующее. Половая щель зияет, свойный разрыв промежности второй степени. Шейка матки приоткрыта и пропускает кончик пальца, тело матки не сократилось, мягкое, рыхлое. Вес плода 340 г. Конец пуповины длиной 10 см, край ее плодового конца оборван. Бюро Московской судебной экспертизы дало следующее заключение на вопросы следователя.

1. Роды у М. произошли на X лунном месяце беременности.
2. Введение в полость матки бука могло обусловить наступление преждевременных родов, а хищник мог способствовать ускорению родовой деятельности.
3. Роды на короточках над отверстием в уборной размером 13×25 см вполне возможны. Ребенок мог упасть через отверстие под пол вследствие ясно выраженного обрыва пуповины.
4. При обрыве пуповины не обязательно наступление кровотечения.
5. Потеря крови в родах составляет от 150 до 200 мл и более в зависимости от возможных осложнений (атония матки и пр.).
6. По обстоятельствам дела и рассказу М. нет данных, чтобы предположить затемнение сознания у нее во время и после родов.

Голодание новорожденного на почве лишения пищи. Такое состояние редко является предметом экспертизы, так как известно, что в первые сутки ребенок нуждается в очень небольшом количестве пищи и смерть от голода происходит только после более или менее длительного срока голодания, когда могут появиться и другие причины, повлекшие за собой смерть. Вскрытие в подобных случаях не дает каких-либо конкретных данных: труп имеет признаки истощения, в пищевод обнаруживают небольшое количество липкой слизи, сердце и большие кровеносные сосуды находят пустыми, но все это не является абсолютно характерным для этого вида смерти.

Смерть от пупочных кровотечений при оставлении новорожденного без первой помощи. Как указывалось выше, вопрос о возможности смерти новорожденного от кровотечения при непременной перевязке пуповины являлся предметом спора между специалистами в течение многих лет. Так, Поре, Циттман, Альберти, Фабрицус и многие другие придавали большое значение своевременной перевязке пуповины и считали, что несвоевременная перевязка ее может послужить причиной смертельного кровотечения. Группа других ученых — В. М. Смольянинов, Н. В. Попов, М. И. Райский, Бон, Редерер считают, что кровотечение из пуповины, как из непременной, так и из перевязанной, относится к редким исключениям.

О случаях истечения кровью при перевязанной пуповине сообщал Каспер, Холь, Клозе, например о случае истечения кровью через перевязанную пуповину. У крепкого мальчика вскоре после родов ввиду появления крови из перевязанной пуповины перевязка была усилена. Несмотря на это, через некоторое время его нашли истекшим кровью.

Если пуповина отрезана острым предметом, то опасность кровотечения при толстой пуповине больше, чем при тонкой. Поэтому предлагали даже раздавливать пуповину или зажимать особыми инструментами до перевязки. По этой же причине недостаточно только перевязать пуповину. Нужно обязательно контролировать, достаточно ли крепко лежит на ней лигатура и не просачивается ли кровь или студенистая влага.

Детоубийство новорожденных является актом, при котором мать лишает жизни своего новорожденного ребенка во время родов или тотчас после них при помощи разных насильственных действий. Случаи детоубийства встречаются редко. По данным Наркомздрава СССР за 1924—1926 гг., пассивное детоубийство составляло 16%, а активное в виде механической асфиксии—67%, в том числе утоплений—15%, механических повреждений—13%.

Убийство ребенка матерью чаще всего происходит непосредственно после родов, а не во время родов.

Самым частым видом детоубийства является механическая асфиксия, при которой производится закрытие дыхательных путей — носа, рта, трахеи. Это выполняется руками, а также глубоким закладыванием в рот разных предметов. Сдавливание грудной клетки, по мнению Фабрициуса, может обусловить задушение. При этом, кроме общих признаков смерти, могут встретиться переломы ребер и нарушения конфигурации грудной клетки. При закрытии рта и носа с целью удушения могут оставаться следы в форме ссадин, кровоизлияний на коже и в подкожной клетчатке, а при сильном сдавливании и в мышцах вокруг отверстий носа, на щеках,



Рис. 80 и 81. Новорожденный мужского пола. Вес 3470 г., длина 51 см. После рождения жил и дышал очень короткое время. Смерть от асфиксии вследствие сдавливания органов шеи косынкой из хлопчатобумажной светлой ткани с темно-синим рисунком (случай М. К. Леоновой).

в области рта. В тех случаях, когда удушение произошло путем сдавливания шеи, на трупе могут быть обнаружены следы от ногтей при сжатии пальцами. Подобные повреждения иногда возникают и в результате самопомощи, но при удушении рукой следы ногтей обычно остаются на передней поверхности шеи, на затылке и в области челюстей выпуклостью книзу, а при самопомощи — выпуклостью кверху или в сторону.

Удавливание петлей оставляет на шее ребенка характерную борозду и дает обычные признаки асфиксии. Свойства подобной странгуляционной борозды зависят от случайно попавшего под руки материала. Иногда для этого умышленно используют пуповину. В таких случаях борозда на шее бывает широкая. Узкая, глубокая, иногда с ссадинами борозда встречается при удавливании толкой тесьмой, веревкой или каким-нибудь жестким материалом, который оставляет характерные следы. Удавливание широким мягким материалом, например платком, может оставить только незначительные следы или не оставить никаких следов. Цвет странгуляционной борозды (рис. 80 и 81) имеет разные оттенки. Обычно он бывает сине-багровый, в других случаях изменения цвета кожи незначительны. Фабрициус считает, что при удавливании смерть наступает так быстро, что странгуляционная борозда «образуется уже на трупе».

Мумифи-
указыва-
этим от-
щает о
говорила
головки
образов
извела
шен.

Пр
виду, ч
мощи

Кр
наприм
вывихи
тань об
питок,
Объем
полости
тельно
вают в
желудк

См
пят в
колодц
над ст

Ес
стой во
пути, е

Ес
другой
наличи
ветству
димы н
следова

Об
ке раз
заставл
жизнен

Од
зали, ч
в дыха
что пр
движен
Надо т
вопрос
на сту
выше.

лицо у
лицо с
наблюдо
удушен
рая ме
хее им
стого ш

Мумифицированная, пергаментная борозда без кровоподтеков всегда указывает на удушение каким-нибудь твердым, жестким предметом и этим отличается от пуповинной борозды. Проф. В. М. Смольянинов сообщает о случае, когда женщина, почувствовав приближение родов, приготовила головной платок, и как только из родовых путей вышла головка, она обтянула ее платком, концы его обвила вокруг шеи и образовавшуюся таким образом петлю туго затянула, следовательно, произвела одновременно закрытие дыхательных отверстий и сдавливание шеи.

При вскрытии трупов в случае детоубийства не следует упускать из виду, что различные повреждения могут являться результатом самопомощи при родах.

Кроме обычных признаков асфиксии, находят следы повреждений, например переломы гортанных хрящей (по Касперу), и как исключение вывихи и переломы шейных позвонков. В полости рта и во входе в гортань обнаруживают разнообразные предметы: чаще всего тряпки, клубки ниток, комки бумаги, листья растений, паклю, марлю, куски одежды и пр. Объем и форма этих предметов разнообразны. Иногда они заполняют всю полость рта, а в ряде случаев закрывают просвет гортани. В тех относительно редких случаях, когда с целью удушения новорожденных закапывают в землю, в полости рта, в верхних дыхательных путях, а иногда и в желудке находят глину, песок, навоз, кал и пр.

Смерть от утопления. С целью убийства новорожденных топят в самых разнообразных жидкостях и водоемах: их бросают в реки, колодцы, пруды, выгребные ямы, клозеты, общественные уборные, рожают над стульчаком, ведром с водой или в ванне.

Если ребенок тотчас по рождении попадет в ведро или в ванну с чистой водой, т. е. в среду, не допускающую доступа воздуха в дыхательные пути, его невозможно отличить от мертворожденного.

Если утопление произошло в загрязненной воде или в какой-либо другой специфической среде, распознавание производится на основании наличия частиц этой среды в дыхательных путях и в желудке при соответствующих признаках асфиктической смерти. В этих случаях необходимы не только макроскопические данные, но и микроскопическое исследование.

Обнаружение глубоко в дыхательных путях, а иногда и в желудке разных частиц, например экскрементов, грязи, жидкости и пр., заставляет думать, что новорожденный мог аспирировать их при жизни.

Однако опыты Каспера и Лимана на трупах поворожденных показали, что жидкость, в которой произошло утопление, может проникнуть в дыхательные пути и желудок и после утопления. Следует помнить в виду, что при утоплении в достаточно многоводных реках наблюдается перемещение трупа, при котором он может ударяться о камни или о сваи. Надо тщательно исследовать характер повреждений, чтобы ответить на вопрос, произошли ли они до или после смерти. Об особенностях родов вопрос, произошли ли они до или после смерти. Об особенностях родов на стульчаках, когда дети погибают в выгребных ямах, сказано было выше. Фабриче, описывая важнейшие признаки утопления, говорит, что лицо утонувших бледное, глаза закрыты. Летом через несколько дней лицо становится сине-багровым. Гусиной кожи у новорожденных не наблюдается. При утоплении обнаруживаются свойственные смерти от удушения кровоползания на слизистой оболочке гортани и трахей, которая местами, а иногда равномерно окрашена в ярко-красный цвет. В трахее имеется пена в виде отдельных пузырьков белого или слегка кровавого цвета, которая иногда показывается изо рта и отверстий носа. Кас-

пер считает пену исключительно продуктом дыхательных агональных движений, которые у трупа возникнуть не могут, с чем, однако, не все авторы согласны.

Признаки смерти от утопления достаточно полно изложены в учебниках судебной медицины. Эти признаки тем более выражены, чем дольше длилась агония и чем больше времени труп пробыл под водой. Наиболее важные признаки исчезают по мере развития процессов разложения, которые наступают тем быстрее, чем теплее время года и чем более насыщена жидкость гниющими веществами. Длительность пребывания трупа новорожденного под водой играет большую роль, так как при скрытых, тайных родах труп находят через более или менее продолжительный срок. Поэтому эксперту очень важно ознакомиться с обстоятельствами дела и судебномедицинским освидетельствованием женщины, считающейся матерью ребенка.

Смерть новорожденного от насильственных механических повреждений. В целях детоубийства новорожденному наносятся разнообразные повреждения.

Когда на обнаруженном трупе имеются механические повреждения, то судебномедицинскому эксперту приходится решать ряд вопросов: могли ли эти повреждения стать причиной смерти новорожденного, не произошли ли они случайно, не являются ли они посмертными изменениями, не причинены ли они животными, птицами, насекомыми, грызунами.

Проф. В. М. Смольянинов сообщает об известном ему случае, когда «собака в течение нескольких часов уничтожила конечности ребенка, мягкие ткани передней стенки грудной клетки и верхней брюшной стенки с внутренними органами, оставив неповрежденной голову, находившуюся глубоко в снегу. При осмотре остатков трупа в полости рта был обнаружен клубок ниток. Это позволило предположить причину смерти от механической асфиксии вследствие закрытия дыхательных путей»¹.

Наиболее часто повреждения при детоубийстве наносятся тупыми предметами или ударами о тупые твердые предметы: камни, стены, ствол дерева. При этом обнаруживаются переломы и трещины костей черепа разной степени и разнообразной локализации. Повреждения, наносимые тупым предметом, характерны, но они иногда могут происходить и случайно, например в случаях стремительных родов.

Повреждения черепа могут возникнуть и посмертно при небрежном обращении с трупом новорожденного: когда он обнаруживается в навозе или в общественной уборной, его могут случайно повредить предметами, применяемыми для уборки.

Насильственные повреждения черепных костей бывают значительными, сопровождаются переломами, вдавливаниями, нарушением мозгового вещества и кровоизлияниями, но могут встречаться и единичные переломы и трещины. В ряде случаев находили переломы основания черепа. При распознавании насильственных повреждений важно не смешивать их с врожденными дефектами окостенения.

Наличие кровоподтеков вокруг переломов, вдавлений, трещин на костях черепа доказывает их прижизненное происхождение.

Повреждения тупыми орудиями при детоубийстве могут быть нанесены также в область груди, живота, в результате чего могут быть обнаружены разрыв печени, кровоизлияния в органы грудной и брюшной полости.

¹ В. М. Смольянинов. Причины смерти после родов. В кн.: Судебно-медицинская акушерско-гинекологическая экспертиза. ОГИЗ, М., 1935, стр. 131.

Иногда новорожденных сбрасывали с высоты и тогда обнаруживали повреждения мягких тканей, костей туловища, конечностей и внутренних органов. Значительно проще диагностируются случаи детоубийства острыми режущими и колющими предметами: ножом, ножницами, бритвой, иглами или оружием. Подобные повреждения встречаются реже. Указанные предметы могут применяться при участии в детоубийстве другого лица. С помощью острых режущих предметов ранения наносились в область шеи, родничков.

Бруардель сообщал о случаях вкалывания иглы через большой родничок, плотку и продолговатый мозг. Иногда встречалось расчленение трупа новорожденного. В таких случаях трупы находили в сумках, чемоданах.

Наблюдаются также редкие случаи умерщвления новорожденных путем отравления. В очень старой литературе имеются сообщения о детоубийстве путем сжигания новорожденных. В 1874 г. И. М. Петров опубликовал обстоятельства дела о крестьянке А. А., обвинявшейся в детоубийстве путем поджога. Сжигание трупов новорожденных нередко применяется не как способ детоубийства, а для скрывания преступления. В целях скрывания следов преступления тела новорожденных выбрасывались иногда животным на съедение.

Некоторые полагают, что сжигание трупов детей, вероятно, умерших от какой-либо другой причины, производится не матерями, а другими лицами. По мнению этих авторов, при неполном сгорании трупа ребенка возможно применение легочной пробы на живорожденность. Однако, по Тардье и Бруарделю, легкие под действием жара и при сваривании трупов детей в жидкостях становятся безвоздушными и теряют способность к плаванию. После сгорания трупов детей могут оставаться кости, и тогда может возникнуть вопрос, кому они принадлежат — человеку или животному.

Для решения этого вопроса предложены различные методы: микроскопический анализ, метод сравнительной анатомии, реакция преципитации. Последняя не строго специфична, но при известных условиях иногда может служить опорным пунктом, о чем в своих трудах сообщают М. А. Бронникова, В. М. Смольянинов, Н. Н. Иванов. Более детально вопросы, связанные с вскрытием трупов новорожденных и грудных детей, изложены в учебниках по судебной медицине и в работе проф. В. М. Смольянинова, к которым мы и отсылаем тех, кто имеет желание и необходимость с ними ознакомиться.

АБОРТ

В капиталистических странах аборт запрещен, однако число абортотам непрерывно растет. Статистические данные наглядно показывают это. По данным Лакасаня, во Франции на 64 000 родов ежегодно приходится 500 000 абортов. Мондор, по данным Долери и Балтазара, подтверждая эту цифру, указывает, что в 1936 г. она удвоилась. В Германии в 1911 г., по данным Бумма, 95% всех неполных абортов были криминального происхождения, а всего абортов в этом же году произведено 240 000, в 1923 г.—500 000 (Гейпеман), а в 1924 г.—875 000 (Липман).

На это в капиталистических странах женщину толкает ее бесправное положение, тяжелые условия жизни, безработица, трудности расторжения брака. В капиталистических странах женщины не только ограничены в правах в области политической жизни, но и экономически, так как женский труд там оплачивается значительно ниже мужского. В Англии, например, женщины за равный труд получают 50—70% заработной платы мужчин. Эти и подобные им факты загнали в буржуазных странах аборт в подполье. Вот почему там встречается огромное количество осложнений и смертей в связи с абортом.

В условиях капиталистического общества аборт — чрезвычайно распространенное явление. Приведенные статистические данные приуменьшены по сравнению с истинным количеством абортов, так как большинство из них не выявлено. В. О. Мержеевский справедливо указывает, что цифра случаев преступного аборта не может быть выяснена с помощью статистики. Числа, приводимые авторами о случаях, разбивавшихся в судах, далеки от действительности, так как преступное изгнание плода совершается тайно и не всегда может быть обнаружено. Это понятно, потому что все случаи, оканчивающиеся благополучно, остаются скрытыми и даже большая часть оканчивающихся неблагополучно также облекается тайной. Эта тайна иногда уносится в могилу с жертвой преступного аборта, о чем имеются данные у Л. И. Бубличенко в его монографии «Послеродовая инфекция».

Между охраной здоровья трудящихся в капиталистических странах и в Советском Союзе имеется существенная разница. В капиталистических странах нет бесплатной врачебной помощи, и тяжелые последствия аборта, калечащие женщин, не привлекают внимания правительств этих стран. Одно запрещение абортов с рядом карательных мер не способствует сокращению их и указывает лишь на несостоятельность буржуазной системы в борьбе с этим общественно опасным явлением.

В Советском Союзе широко осуществляется принцип охраны здоровья и жизни матери и ребенка, поэтому в нашей стране совершенно иное отношение к аборту.

Проблема аборта в СССР не находится в стабильном состоянии, как это имеет место в капиталистическом мире. В нашей стране вопрос об аборте непрерывно и всесторонне изучается в государственном, социальном, а также и в медицинском отношении. Исторически мы прошли в этом отношении пять этапов.

Первый этап относится к 1920 г., когда Наркоматом здравоохранения и Наркоматом юстиции было опубликовано постановление, в котором имелось четыре важнейших пункта:

1. Допускается бесплатное производство операции по искусственному прерыванию беременности в обстановке советских больниц, где обеспечивается ее максимальная безвредность.

2. Абсолютно запрещается производство этой операции кому бы то ни было, кроме врача.

3. Виновные в производстве этой операции акушерка или бабка лишаются права практики и предаются народному суду.

4. Врач, производивший операцию плодизгнания в порядке частной практики с корыстной целью, также предается суду.

Это постановление было издано в тяжелое время и являлось ответом на временные социальные условия, в которых находилась страна: блокада, гражданская война, голод и другие тяжелые условия.

Это постановление было временной мерой, которая вывела из подполья криминальный аборт и спасла много жизней.

К 1936 г. условия, которые в свое время легли в основу декрета от 18 ноября 1920 г. о разрешении аборта, потеряли свое значение. Действительно, к этому времени материальное положение трудящихся значительно улучшилось, и поэтому можно было поднять вопрос о запрещении абортов и установлении уголовной ответственности за их производство во всех случаях, за исключением тех, когда аборт необходим по определенным медицинским показаниям и когда продолжение беременности грозит здоровью и жизни женщины.

Проект закона о запрещении аборта был опубликован для всенародного обсуждения широкими массами трудящихся и получил полное одобрение широкой общественности.

27 июня 1936 г. был опубликован закон «О запрещении абортов, увеличении материальной помощи многодетным, расширении сети родильных домов, детских яслей и детских садов, усилении уголовного наказания за неплатеж алиментов, о изменениях в законодательстве о разводах».

8 июля 1944 г. был издан Указ Президиума Верховного Совета СССР «Об увеличении государственной помощи беременным женщинам, многодетным и одиноким матерям, усилении охраны материнства и детства, об установлении почетного звания «Мать—героиня» и учреждении ордена «Материнская слава» и медали «Медаль материнства». Кроме того, в этом законе перечислены медицинские показания и противопоказания к операции искусственного прерывания беременности.

В 1951 г. была издана дополнительно инструкция о порядке разрешения операции искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям, причем эти показания были расширены. Одновременно вышел указ об организации районных, городских и центральных комиссий по разрешению искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям.

23 ноября 1955 г. издан Указ Президиума Верховного Совета СССР «Об отмене запрещения абортов». В этом указе говорится: «Снижение числа абортов может быть впредь обеспечено путем дальнейшего расширения государственных мер поощрения материнства, а также мер воспитательного и разъяснительного характера».

Отмена запрещения абортa дает также возможность устранить большой вред, причиняемый здоровью женщин абортaми, производимыми вне лечебных учреждений и часто невежественными лицами.

В целях предоставления женщине возможности самой разрешить вопрос о материнстве, а также предупреждения вреда, наносимого здоровью женщин внебольничными абортaми, Президиум Верховного Совета СССР постановил:

«1. Отменить статью 4 постановления ЦИК и СНК СССР от 27 июня 1936 г. о запрещении абортa.

2. Производство операции искусственного прерывания беременности допустить только в больницах и других лечебных учреждениях согласно инструкции Министерства здравоохранения СССР.

3. Сохранить установленную уголовную ответственность как врачей, так и лиц, не имеющих специального медицинского образования, производящих абортa вне больниц или вне других лечебных учреждений».

В приказе министра здравоохранения СССР № 258-м от 29 ноября 1955 г. приводится инструкция о порядке проведения операции прерывания беременности — абортa. Приказ этот разъясняет, что врачебные комиссии по разрешению искусственного прерывания беременности ликвидируются. Аборт разрешается всем женщинам, возбудившим просьбу о производстве этой операции. Врач консультации или родильного дома обследует обратившуюся к нему беременную женщину на предмет выявления противопоказаний к производству абортa и при отсутствии их выдает ей направление в стационар для производства указанной операции. Операция должна быть произведена не позднее 5-10 дней, в зависимости от срока беременности, с момента получения женщиной направления в стационар. При поступлении в стационар беременная женщина предъявляет направление женской консультации. На каждую женщину, поступающую в лечебное учреждение для производства абортa, заполняется история болезни. Сведения о произведенной операции заносятся в операционный журнал по форме, установленной Министерством здравоохранения СССР. Документ о направлении для операции абортa хранится в истории болезни.

Срок пребывания в стационаре после операции устанавливается врачом в зависимости от состояния здоровья женщины. Женщинам-работницам и служащим на время пребывания в стационаре по поводу абортa выдается «листок нетрудоспособности», а членам сельскохозяйственной артели — справка об освобождении от работы. День выхода на работу устанавливается в женской консультации, поликлинике, амбулатории в зависимости от состояния здоровья.

Производство операции абортa не допускается только в тех случаях, когда у женщины имеются следующие противопоказания к операции:

- 1) острая и подострая гонорея;
- 2) острые и подострые воспалительные процессы половых органов;
- 3) наличие гнойных очагов независимо от места их локализации;
- 4) срок менее 6 месяцев после операции абортa;
- 5) наличие острых инфекционных заболеваний;
- 6) наличие срока беременности свыше 12 недель.

При беременности сроком более 12 недель вопрос об абортe может быть решен после тщательного обследования беременной в условиях стационара и операция может быть произведена только в тех случаях, когда продолжение беременности и роды могут нанести ущерб здоровью женщины. В подобных случаях операция искусственного прерывания беременности, так называемый поздний аборт, допускается только в стационарных лечебных учреждениях.

Предусмотрены следующие показания к искусственному прерыванию беременности после 12 недель, т. е. при позднем аборте, когда продолжение беременности и роды могут угрожать здоровью и жизни женщины:

1. Эндокардиты. Анатомические поражения клапанов сердца, мышцы сердца и перикарда при начальных явлениях недостаточности кровообращения, митральные стенозы (декомпенсированные, субкомпенсированные, компенсированные). Сифилитические мезаортиты.

2. Гипертоническая болезнь. Стойкая гипертония беременных (токсикоз), не поддающаяся лечению в стационаре.

3. Заболевания кроветворных органов. Злокачественное малокровие, злокачественная анемия беременных, лейкозы (белокровие), тромбоцитопеническая пурпура (болезнь Верльгофа). Другие заболевания с прогрессирующим падением гемоглобина.

4. Пневмосклерозы в выраженной форме, бронхоэктатическая болезнь. Бронхиальная астма в тяжелой форме, установленная лечебным учреждением.

5. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в выраженной форме, подтвержденная рентгенологически.

6. Хронические паренхиматозные поражения печени: болезнь Боткина при наличии печеночной недостаточности.

7. Желчнокаменная болезнь и холециститы с частыми обострениями.

8. Воспалительные, дегенеративные и склеротические изменения почек (почки).

9. Нефролитиазис, установленный рентгенологически. Хронические воспалительные заболевания почечных лоханок и мочевого пузыря (с пиурией).

10. Отсутствие одной почки.

11. Базедова болезнь (тяжелый тиреотоксикоз), установленная в стационаре; тетания, сахарный диабет в тяжелой форме.

12. Бруцеллез в тяжелой форме, диагностированный в стационаре.

13. Открытая форма туберкулеза легких, а также закрытый активный туберкулез легких и плевры, туберкулез верхних дыхательных путей, особенно глотки и гортани.

14. Активный туберкулез бронхиальных, шейных и других лимфатических узлов.

15. Туберкулез мочевых путей, половых органов, брюшины и брыжеечных лимфатических узлов, туберкулез кишечника.

16. Туберкулез костей и суставов.

17. Туберкулез центральной нервной системы. Наличие в прошлом туберкулезного менингита (по справке лечебного учреждения).

18. Туберкулез глаз.

19. Распространенный туберкулез кожи в клинически активной форме.

Примечание к пп. 13—19. При наличии у женщины, больной туберкулезом, беременности свыше 5 месяцев беременность может быть сохранена при соответствующем лечении.

20. Туберкулез легких в открытой форме в семье при невозможности изоляции матери и ребенка.

21. Перенесенные тяжелые полостные и другие операции, после которых течение беременности и родов представляет угрозу жизни или здоровью женщины.

22. Перенесенные операции по поводу пузырно-влагалищных или ректально-влагалищных свищей.

23. Сужение гортани и пищевода. Искусственный пищевод.

24. Большие грыжи брюшных стенок с расхождением и атрофией брюшных мышц.

25. Деформирующий полпартрит и анкилозирующий спондилартрит, остеохондропатия, анкилоз тазобедренного сустава в порочном положении.

26. Отсутствие одной конечности или отсутствие движения в ней.

27. Наличие в настоящем или в прошлом злокачественных опухолей.

28. Лимфогранулематоз.

29. Неукротимая рвота (токсикоз беременности), не поддающаяся стационарному лечению.

30. Сужение таза с истинной конъюгатой в 7,5 см и ниже, значительные деформации таза различного происхождения. Значительные рубцовые изменения влагалища, препятствующие родоразрешению через естественные родовые пути.

31. Отслойка сетчатки при миопии и после травмы, перенесенные операции по поводу отслойки сетчатки, глаукома, прогрессирующая близорукость со значительными изменениями глазного дна, кровоизлияниями и большим снижением остроты зрения, не корригирующимся очками, слепота на оба глаза (при остроте зрения обоих глаз ниже 0,05), ретинит или неврит зрительного нерва, вызванный различными причинами, тяжелые заболевания роговицы.

32. Отосклероз, хронический прогрессирующий неврит слухового нерва.

33. Полная двусторонняя глухота, глухонмота.

34. Проказа.

35. Сифилис в заразной форме (сифилис первичный серонегативный, первичный серопозитивный, вторичный свежий, вторичный рецидивный); сифилис, резистентный к противосифилитическому лечению, и сифилис у женщин, не переносящих противосифилитического лечения.

36. Сифилис головного или спинного мозга при наличии неврологических или психопатологических симптомов; прогрессивный паралич; сухотка спинного мозга.

37. Травматическая энцефалопатия (при наличии неврологических или психопатических симптомов).

38. Эпилепсия, удостоверенная лечебным учреждением.

39. Тяжелые формы реактивных состояний и психопатий, диагностированные в результате наблюдения в психоневрологическом учреждении.

40. Процессуальные и рецидивирующие психозы, удостоверенные лечебным учреждением, где лечилась больная, или установленные на основании наличия остаточных (резидуальных) явлений.

41. Слабоумие олигофреническое или остаточное.

42. Органические заболевания центральной нервной системы с выраженной неврологической или психопатологической симптоматикой, а также с хроническим или прогрессирующим течением.

43. Полиневрит в выраженной форме или с прогрессирующим течением.

44. Миопатия, рассеянный склероз, хорея беременных.

45. Опухоли головного и спинного мозга.

46. Хроническое психическое заболевание у отца будущего ребенка, приведшее к стойкой утрате трудоспособности.

47. При наличии в семье беременной (у мужа или у детей) семейного заболевания нервно-мышечной системы (миопатия, семейная атаксия, гепато-лентикулярная дегенерация, миотония).

48. Семейная глухонмота (наличие глухонмоты у мужа или у одного из детей).

49. Наличие гемофилии у мужа или отца беременной.

Таким образом, проблема аборта остается в центре внимания партии и правительства нашей страны, постоянно изучается, а приведенные выше указы представляют собой проявление величайшего гуманизма и государственной заботы о матери и ребенке в СССР.

КРИМИНАЛЬНЫЙ АБОРТ

Каждый судебномедицинский эксперт должен знать все показания и противопоказания к производству медицинского аборта, так как по решению органов следствия и суда эксперт дает заключение по вопросам, действительно ли и на законных ли основаниях был произведен тот или иной аборт. Для ответа на поставленные вопросы эксперт должен ознакомиться с соответствующей документацией, а иногда с работой врачебных комиссий, разрешающих производство аборта.

Что понимается под абортom, или выкидышем? Слово *abortus* в переводе с латинского означает «выкидыш», т. е. прерывание или прекращение беременности. Среди населения, а иногда и среди медицинского персонала этим равноценным понятиям неправильно придается разный смысл. Абортom называют прерывание беременности путем оперативного вмешательства или каких-нибудь иных действий. В понятие «выкидыш» пытаются вложить представление только о самопроизвольном прекращении беременности. Это неверно и вносит путаницу: между понятиями «аборт» и «выкидыш» нет никакой разницы. Абортom, или выкидышем, считается прекращение беременности до истечения 28 недель, т. е. в пределах 7 лунных месяцев при нежизнеспособном плоде менее 1000 г.

В клинике различают: 1) самопроизвольный аборт; 2) привычный аборт; 3) угрожающий аборт; 4) шеечный аборт; 5) аборт в ходу; 6) неполный аборт; 7) полный аборт; 8) задержавшийся, или несовершенный, аборт; 9) инфицированный или септический аборт; 10) криминальный аборт.

Самопроизвольный аборт — это самопроизвольное прерывание беременности на почве какого-нибудь заболевания у матери или плода, происшедшее без чьего-либо вмешательства, самопроизвольно. Случаи самопроизвольного аборта у здоровых женщин при правильно протекающей беременности чрезвычайно редки.

Привычным абортom называется систематически повторяющееся самопроизвольное прекращение беременности. Это тот же самопроизвольный аборт, но с длительно действующей причиной его.

Угрожающий аборт характеризуется появлением у беременной небольших схваткообразных болей внизу живота в сопровождении незначительных кровянистых выделений, указывающих на начало отслойки плодного яйца. При угрожающем аборте шейка матки еще закрыта, а при начинающемся изменена и начинает укорачиваться.

Шеечный аборт. При этой форме аборта плодное яйцо прикрепляется в шейке матки и плацентарная площадка образуется на стенках шейки. Шейка с телом матки приобретает форму песочных часов. Стенки шейки истончаются. При этом наблюдаются неостанавливаемые кровотечения, требующие удаления матки.

Аборт в ходу — это такое течение аборта, при котором все плодное яйцо отслоилось от стенок матки, т. е. потеряло с ней связь, а плодный пузырь со всем его содержимым через раскрывшуюся шейку выпячивается во влагалище.

Неполный аборт. При этой форме часть плодного яйца вышла из полости матки, а остальная задержалась в ней, что сопровождается кровотечением, шейка матки укорочена, внутренний зев пропускает па-

лец. Иногда кусочек плаценты остается прикрепленным к стенке матки, образуя так называемый плацентарный полип, который препятствует полному сокращению матки и обуславливает длительные кровотечения.

Полный аборт. При этой форме все плодное яйцо вышло из полости матки, матка сокращается, отверстие шейки становится непроходимым — закрывается. Однако не всегда это совершается гладко: при осложнении инфекцией процесс сокращения матки может затягиваться.

Инфицированный или септический аборт возникает при осложнении инфекцией, чаще всего при криминальных вмешательствах в связи с присоединяющейся инфекцией при недостаточно асептических условиях производства операции, изредка на почве дремлющей инфекции.

Криминальный аборт — нарушение беременности производится часто невежественными лицами в несоответствующей обстановке с отсутствием асептических условий, травмирующими инструментами или предметами, причем вносится инфекция (гемолитические стрептококки, анаэробная инфекция, столбняк и пр.).

Как при инфицированном, так и при криминальном аборте поднимается температура, появляется озноб, наступает тяжелое поражение всего организма, сопровождающееся всевозможными осложнениями.

Задержавшийся, или несовершившийся, аборт (missed abortion английских авторов). Эта форма наблюдается тогда, когда плод погибает и погибшее яйцо задерживается в полости матки. К причинам его относятся неправильное развитие плода и его оболочек, изменения в децидуальной оболочке и различные другие аномалии, в частности инертность мускулатуры матки. При отсутствии инфекции задержка может продолжаться долго — недели, месяцы, иногда годы. Плодное яйцо претерпевает изменения, иногда имбибируется кровью, иногда разжижается или мумифицируется. Если плод погибает в ранний период беременности, содержимое матки может рассосаться и вскоре после подобного опорожнения матки приходит нормальная менструация.

При построении заключения о причине аборта судебно-медицинскому эксперту крайне необходимо знать и принимать во внимание указанные основные клинические особенности типичных форм аборта. При судебно-медицинской экспертизе в связи с абортом огромное значение имеет получение всей возможной документации. Важно получить историю болезни из лечебного заведения, данные о состоянии здоровья свидетельствуемой до аборта, о том, как у нее протекала беременность, наблюдалась ли она в консультации, данные о состоянии всего организма, данные анамнеза не только гинекологического, но и общего. Необходимо иметь справку, с каким диагнозом женщина была отправлена в родильный дом или больницу. Особое значение имеет полная история болезни, а не справка из родильного дома или из больницы, где наблюдали течение аборта.

Существенную роль играют не только все клинические подробности, но и эпикриз, который был сделан при выписке, с описанием операции, если она предпринималась, результаты анализов патологоанатомического и бактериологического исследований, если они производились. Очень важно знать анамнез при поступлении, так как в лечебном учреждении женщина подробнее рассказывает о том, как у нее произошел аборт. При судебно-медицинской экспертизе свидетельствуемая, не будучи откровенной, о многих подробностях забывает, а иногда утаивает их.

Для дифференциальной диагностики причины аборта важно установить, является ли он в данном случае действительно самопроизвольным (или, как называют его женщины, «самоабортом») на почве какой-нибудь патологии или травмы, которую женщины чаще всего считают первопричиной.

1. С
благодар
ваниями
Е. Ф. Г
гонорея
вольный
половни
ние, ис
вины.

2.
аборта:
формы
почти и
инфекц
реход и
тельные
дуальн
Причин
инфекц

3.
ности.
чему с
инфекц
к част

4.
самопр
встреч

5.
инфар
вается

6.
плекса
привес

7.
спайки
полост

8.
витию

могут
при о
узлов

аборт
9.

го-ооф
произ
набл

10.
щитов
извол
тела

главн
 анома
лочка

САМОПРОИЗВОЛЬНЫЙ АБОРТ И ЕГО ПАТОГЕНЕЗ

1. Сифилис является одной из причин самопроизвольного аборта, но благодаря хорошо поставленной в СССР борьбе с венерическими заболеваниями его роль в этом отношении весьма незначительна. По данным Е. Ф. Поповой, в военные годы в числе причин самопроизвольного аборта гонорея и сифилис были установлены лишь в 1% случаев. Самопроизвольный аборт при сифилисе происходит большей частью во вторую половину беременности. В таких случаях важно найти подтверждение, исследовав на спирохеты ткани плаценты, оболочек, сосуды пуповины.

2. Следующие инфекционные заболевания могут явиться причиной аборта: тифы, оспа, холера, малярия, дизентерия и особенно вирусные формы гриппа. Первые три заболевания встречаются очень редко и имеют почти историческое значение. Наступлению самопроизвольного аборта при инфекционных заболеваниях благоприятствует высокая температура, переход инфекции на плод, оболочки, ткани плаценты, где возникают значительные изменения — инфаркты, инфильтраты из полинуклеаров, децидуальный эндометрит, гнойный процесс в амнионе (по А. Н. Морозовой). Причиной аборта в подобных случаях следует считать плацентарную инфекцию.

3. Легочный туберкулез может способствовать прерыванию беременности. При этом аборт чаще наступает в последней стадии туберкулеза, чему способствуют многие неблагоприятные условия, создаваемые данной инфекцией, в частности переполнение крови углекислотой, что приводит к наступлению схваток с вытекающими отсюда последствиями.

4. Сахарное мочеизнурение — диабет в 30—40% случаев вызывает самопроизвольный аборт. При резко выраженных формах диабета часто встречается бесплодие.

5. Хронический нефрозо-нефрит — белая почка беременных: белые инфаркты в плаценте нарушают питание и дыхание плода, что сказывается чаще во второй половине беременности.

6. Пороки сердца в стадии декомпенсации вследствие целого комплекса причин (в частности, переполнения крови углекислотой) могут привести к преждевременным схваткам и прекращению беременности.

7. Смещение матки и преимущественно неподвижная ретрофлексия, спайки, вколачивание матки — неподвижность и невозможность выйти из полости таза — могут препятствовать прогрессивному росту матки и развитию плода и вызывают аборт.

8. Опухоли матки (фиброзные узлы), опухоли придатков (кисты) могут послужить причиной самопроизвольного аборта, но не всегда. Даже при операциях на беременной матке по поводу удаления фиброзных узлов и при чревосечениях для удаления кист яичников самопроизвольные аборт наблюдаются лишь у 10%.

9. Воспалительные заболевания: эндометриты, параметриты, сальпинго-оофориты спаечного характера бывают причиной наступления самопроизвольного аборта, но не всегда. Даже при гонорейной инфекции это наблюдается только в 1% случаев.

10. Нейро-эндокринные изменения, например нарушения функции щитовидной железы — дистиреозы, способствуют наступлению самопроизвольного аборта в 12% случаев. Раннее понижение функции желтого тела с обеднением крови лютеогормоном иногда ведет к аборту, причем главным образом в первую половину беременности: при функциональных аномалиях желтого тела обнаруживали дегенеративные изменения в оболочках и плаценте.

11. Патология плодного яйца вызывает аборт как в первую, так и во вторую половину беременности (по данным некоторых авторов, в 61% случаев). Причиной аборта в данном случае может, в частности, явиться недостаточное развитие ворсистой оболочки яйца, что не дает возможности ему укрепиться на стенке матки, особенно при наличии воспалительных процессов в децидуальной оболочке, определяемых гистологически. Кроме того, большое значение имеет не только низкое прикрепление плаценты, но и всего яйца, т. е. недостаточная защита его. Надо принять во внимание при этом повреждающее значение травмы яйца, например при коитусе.

12. Перекрученная и короткая пуповина, а также отслойка последа относятся к причинам, лежащим в самом яйце, что может послужить причиной ранней смерти плода. Однако в подобных случаях надо дифференцировать сифилис плода.

13. Инфантилизм матки — одна из причин аборта. При этом аборт имеет место чаще всего между 8-й и 10-й неделями беременности на почве диспропорции шейки и тела матки, а также вследствие недоразвития мышечной и соединительной ткани.

В. И. Данилов выдвигает особую концепцию, считая, что «у женщин, страдающих инфантилизмом матки, метроэндометритом, пороками развития и другими заболеваниями, задерживающими нормальную гипертрофию матки, при сенсбилизации организма разными аллергенами беременная матка тоже сенсбилизируется, приобретая чрезмерную возбудимость, в силу которой может наступить самопроизвольное прерывание беременности». К подобным аллергенам автор относит пищевые вещества и пр. Эта идея имеет свои основания, но требует клинической проверки.

14. В редких случаях при наличии какой-нибудь генитальной патологии самопроизвольный аборт может возникать при физической травме в 5%, а при психической травме — в 1% случаев.

15. Некоторые особенности несовместимости крови матери и плода, например резус-фактор, могут явиться причиной аборта.

Резус-фактор крови так же постоянен, как и другие изосерологические факторы. Люди, имеющие этот фактор, называются «резусположительными» и обозначаются знаком плюс (+), а не имеющие этого фактора называются «резусотрицательными» и обозначаются знаком минус (—).

Резус-фактор обладает значительной способностью к иммунизации. С изоиммунизацией резус-фактором связывают гемолитическую болезнь новорожденных, некоторые трансфузионные осложнения и преждевременные роды на IV—IX месяце мертвым, иногда мацерированным плодом, а также ряд других осложнений, описанных нами в разделе о мертворождаемости.

Учитывая перечисленные причины самопроизвольного и привычного аборта, следует иметь в виду, что не всегда имеются диагностические возможности для выяснения истинной причины аборта и особенно самопроизвольного, так как симптомы его большей частью нечетко выражены или в ряде случаев исчезают за тот более или менее продолжительный промежуток времени, когда свидетельствуемая направляется к эксперту. По данным Е. Ф. Поповой, аборт с неясной этиологией встречаются в 57% случаев, а по материалам женских консультаций — в 50%.

По данным гинекологической клиники Ивановского областного института охраны материнства и младенчества, в 60—65% случаев патогенез аборта можно было установить, причем в основном он совпадал с

вышеуказа
у 35—40%
у сов
ляет искл

Так и
жизни мо
ного пере
кой плодн
Срок
часов до
стоянием
тельность
будимости
добных с
наступле
почве пси

Во Ф
изошел в
шихся в
время зе
Одна
да. Так,
ная ката
щины. В
вало у н
потерпев
смотря н
из них

При
тора и в
а также
наступит
чение п

Бол
весьма н
сти, уш
нанесен
и пр. В
экстраг
ма на т
щего аб
но ген
Огр
пой, сос
мости, с
особенн
меньше
ниям. И
жения,
путями.

вышеуказанными причинами в $\frac{2}{3}$ всех случаев выявленной этиологии. У 35—40% женщин причины аборта не установлены.

У совершенно здоровых женщин самопроизвольный аборт представляет исключительную редкость.

АБОРТ И ПСИХИЧЕСКАЯ ТРАВМА

Так называемая психическая травма или чрезвычайное событие в жизни могут нарушить нормальную функцию коры и вследствие внезапного перераспределения крови может наступить кровотечение с отслойкой плодного яйца и плаценты, результатом чего явится аборт.

Срок наступления аборта в таких случаях колеблется от нескольких часов до нескольких суток и связан не только с силой инсульта, но и с состоянием гениталий и предрасположением к аборту, создаваемым инфантильностью гениталий, опущением влагалищных стенок, чрезмерной возбудимостью женщин, большим количеством абортов в прошлом и пр. В подобных случаях имевшее место событие играет провоцирующую роль в наступлении аборта. Приводим примеры самопроизвольного аборта на почве психической травмы.

Во Франции в 1870 г. во время войны при обстреле Страсбурга произошел взрыв пороховой башни. В связи с этим у 62 беременных, находившихся вдали от взрыва, произошел аборт. То же наблюдалось в 1927 г. во время землетрясения в Крыму.

Однако самопроизвольный аборт в таких случаях отмечается не всегда. Так, Шереш сообщал о следующем случае. Произошла железнодорожная катастрофа. Среди ожидавших прихода поезда были беременные женщины. Волнение, которое они испытывали за судьбу своих близких, вызвало у них аборт. В связи с этим интересен тот факт, что в поезде, потерпевшем крушение, ехали тоже беременные женщины, но у них, несмотря на то что они были участницами самой катастрофы и некоторые из них подверглись травме, аборт не произошел.

Приведенные примеры подтверждают механизм психического фактора и влияние его через центральную нервную систему на вазомоторы, а также рефлекторно на мускулатуру матки, в результате чего могут наступить кровенаполнение, схватки, кровоизлияния в плаценту, кровотечение и аборт.

СВЯЗЬ АБОРТА С ТРАВМОЙ

Большинство свидетельствуемых часто в категорической форме и весьма настойчиво заявляет, что аборт у них произошел от подъема тяжести, ушиба, падения с высоты или на какой-нибудь предмет, вследствие нанесения им повреждений, перегрузки спортивными упражнениями и пр. В решении этого вопроса очень важна оценка значимости общей экстрагенитальной травмы, размеры и локализация ее, реакция организма на травму и время появления симптомов угрожающего или наступающего аборта. Не менее серьезное значение принадлежит и непосредственно генитальной травме.

Огромную роль играет степень сопротивляемости организма беременной, состояние ее нервно-мышечно-сосудистой системы, степень возбудимости, быстрота реагирования на травму и события, сопровождавшие ее. Особенно способность коры к тормозным процессам в таких случаях. Чем меньше срок беременности, тем менее восприимчива матка к раздражениям. К концу беременности она скорее и активнее отвечает на раздражения, которые возникают центростремительными или центробежными путями.

При оценке влияния тяжелого физического труда, поднятия тяжестей, чрезмерной нагрузки работой или спортом необходимо учитывать ряд особенностей. Огромную роль играет предварительная тренировка как в трудовых, так и в спортивных процессах. Ряд наблюдений и наш опыт показывают, что у совершенно здоровых женщин, по роду своей профессии длительно занимающихся физическим трудом, и у спортсменок физический труд или спорт в громаднейшем большинстве не могут вызвать наступления аборта. Совершенно иное происходит, если женская половая сфера имеет какие-либо анатомо-физиологические отклонения или заболевания: инфантилизм, смещения матки, фиброматоз, воспалительные заболевания и т. д. В этих случаях трудовая травма или спортивные перегрузки могут расцениваться как предрасполагающие к аборту условия и способствовать его наступлению.

В противоположность прежним неправильным мнениям об отсутствии чувствительности половых органов современные экспериментальные исследования доказали наличие не только болевой чувствительности внутренних половых органов, но и специальной чувствительности матки, связанной, например, с сокращениями ее не только при родоразрешении, но и под влиянием термических и химических раздражителей. Это объясняется наличием в половых органах рецепторов или, правильнее, интерорецепторов. Наличие этих интерорецепторов доказывают опыты с раздражением центральных окончаний нервов, связанных с половыми органами: в экспериментах на животных раздражения крестцовых нервов вызывали сокращения рогов и тела матки.

Связь экстрагенитальной травмы (при побоях, падении и пр.) с наступившим абортом имеет условное значение. Клиническими наблюдениями установлено существование отраженных функциональных нарушений рефлекторного характера в разных системах и органах в результате длительного раздражения интерорецепторов половых органов. Примером могут служить ложные сердечные приступы (по Кишу), рефлекторно возникающие при заболеваниях матки. Установлены несомненные тесные взаимные влияния между кишечником и мочевым пузырем, а также рефлекторные влияния с желудка, кишечника и особенно мочевого пузыря на матку. В работах Е. И. Синельникова и Т. П. Гугель — Морозова указывается, что подобные рефлекторные влияния носят взаимный характер, т. е. можно получить рефлекторные влияния не только с желудочно-кишечного канала или мочевого пузыря на матку, но и с матки на желудочно-кишечный канал и мочевой пузырь.

Большое значение имеют факты, говорящие о возможности нарушения чувствительности кожных покровов при заболевании внутренних органов. Такие нарушения чувствительности соответствуют определенным сегментам спинного мозга и как рефлекторно отраженные боли служат показателем болезненных ощущений при поражении внутренних органов.

При оценке патогенеза самопроизвольного и криминального аборта очень важно иметь в виду присущую разным типам женщин как индивидуальную восприимчивость, так и сопротивляемость организма к внешним и внутренним раздражителям в течение беременности. Например, у легко возбудимых, неуравновешенных женщин усталость, длительная поездка, теплое спринцевание могут вызвать аборт, у другого же типа (уравновешенного, спокойного, с чертами некоторой инертности) даже самый утомительный спорт, падение и даже травма не оказывают заметного влияния на течение беременности и развитие плода, роды наступают в срок и нормально. В ряде случаев сопротивляемость матки разным травмам, наносимым в целях прекращения беременности, велика.

Известен случай, когда женщина ввела в матку зонд и держала его в течение всей беременности. Несмотря на это, беременность продолжалась. Шатон сообщил случай, когда женщина при третьей беременности ввела себе в матку троакар и вынула из него мандрен, но ни вод, ни крови не излилось. Ввиду перитонеальных явлений была произведена лапаротомия. В двух местах обнаружена перфорация матки, прободение было зашито, и беременность продолжалась¹.

В. С. Груздев по поводу предрасположения к самопроизвольному аборту и абортивного значения травмы пишет: «Даже незначительная травма легко вызывает аборт у женщин, страдающих, например, недоразвитием матки или эндометритом. С другой стороны, если беременность имеет место у совершенно нормальной женщины, даже сильная травма не в состоянии ее прервать. Мне приходилось много раз убеждаться в справедливости этого правила, почти не допускающего исключений». В доказательство этого В. С. Груздев приводит убедительный случай.

Повторнобеременная на III—IV месяце ехала зимой по улице на низких саниах. Проезжавшие мимо сани с тяжелым грузом ударили ее в живот. Пострадавшую через несколько минут доставили в клинику. У нее было очень сильное кровотечение (она буквально «купалась в крови»). Казалось, что при таком обильном кровотечении аборт был неминуем. Однако после тампонады больная вскоре поправилась. Она выписалась из клиники с продолжающейся беременностью, доносила ее до срока и благополучно родила.

Г. Н. Смирнов сообщал о случае, когда корова распорол живот беременной на VI месяце, через огромную рану выпали наружу сальник и кишки. После соответствующей операции беременность продолжалась до конца и роды закончились в срок.

Мы наблюдали случай, в котором беременная при 2½ месяцах беременности получила грузовой машиной травму головы и всего тела. У нее было установлено сотрясение мозга и кровоизлияние в брыжейку. Несмотря на это, беременность продолжала нормально развиваться и закончилась нормальными родами доношенным ребенком.

Как пример сопротивляемости организма, в частности беременной матки, травме заслуживает внимания случай Петкевича, в котором беременную на IX месяце засыпало в яме обрушившимся песком. Она получила перелом обеих бедер, плеча и двух ребер. Несмотря на такую тяжелую травму, пострадавшая в срок родила нормального доношенного ребенка.

Эти примеры показывают условность значения экстрагенитальной травмы и подтверждают, что у совершенно здоровых женщин даже тяжелые общие повреждения могут не оказать прямого влияния на течение беременности, которая может сохраниться до конца и закончиться нормальными родами.

Приведенные примеры относятся к так называемым экстрагенитальным (внеполовым) травмам. При подобных травмах довольно редко наступают аборты. При сотрясениях мозга, падении с высоты или повреждениях с небольшими кровоизлияниями беременность в большинстве случаев сохраняется и протекает нормально. Из этого, однако, не следует, что внеполовая травма сама по себе не в состоянии вызвать аборт. Это возможно, особенно если к экстрагенитальной физической травме присоединяется психическая травма. При травмах у беременных, сопровождающихся кровотечениями, встречаются разные исходы. Иногда при обильном

¹ Сообщено в 1925 г. на IV конгрессе Ассоциации французских акушеров и гинекологов.

кровотечении беременность сохраняется, в других же случаях при небольших кровопотерях наступает аборт. В этих случаях играет роль степень приспособления плода к острому недостатку кислорода, а это стоит в связи с тем, как отразилась травма на расположении плаценты и ее функции (отслойка, кровоизлияния, инфаркты плаценты).

К экстрагенитальным травмам относятся также операции у беременных: удаление зуба, полипа шейки матки и пр., которые раньше приравнивались к травме. Такие операции не противопоказаны, но требуют осторожности.

Роль в происхождении аборта травматических повреждений органов, имеющих нейро-эндокринную связь с женской половой сферой (щитовидная железа, молочные железы, область поса, где под средней раковинной имеются нервные сплетения — точка Флиса — назальная дисменорея), невелика. Например, при операциях на щитовидной железе по поводу зоба только в 6% случаев наступил аборт. Гораздо большее значение имеют травмы мочевого пузыря; ранения последнего могут провоцировать аборт вследствие не только его анатомо-топографической близости к беременной матке, но и рефлекторных взаимоотношений, вследствие которых сокращения пузыря могут вызвать сокращения беременной матки.

При операциях чревосечения по поводу оваритомий опасность аборта, по нашим наблюдениям, составляет 5%.

В ряде случаев судебно-медицинскому эксперту приходится решать вопрос, может ли травма, непосредственно нанесенная в область живота (толчок, удар кулаком, ногой или каким-нибудь предметом) вызвать наступление аборта? Подобная травма может вызвать повышение внутрибрюшинного давления и нарушить статику матки. Однако не следует забывать, что матка — орган подвижный, который благодаря своему эластичному связочному аппарату может противостоять ударам.

Иногда ставится вопрос: может ли акушерско-гинекологическое исследование стать причиной наступления аборта? Может, но, по-видимому, лишь при грубом исследовании, когда неопытный врач стремится получить признак Гегара, т. е. размягчение в области внутреннего зева, и выполняет это неумело, без достаточной техники, сильно сгибая или разгибая матку, чему благоприятствуют ненормальное состояние беременной матки, а также аномалии в расположении плодного яйца, например его низкое расположение.

Легкие травмы не должны приниматься в расчет, если они не сопровождались психической травмой. Железнодорожные и морские путешествия сами по себе не вызывают аборта. В противоположность этому длительная езда по дорогам с ухабами в последние месяцы беременности может вызвать наступление схваток и преждевременных родов. Автомобильная езда в последние недели беременности иногда способствует наступлению преждевременных схваток вследствие массирующего действия вибрирующей головки на интэрорецепторы шейного отдела матки.

При диагностике самопроизвольного аборта не следует забывать, что матка с ростом беременности прогрессивно приобретает все большую способность отвечать сокращениями мускулатуры на самые различные раздражения. В этом огромную роль играют интэрорецепторы (К. М. Быков, Лотис, Ф. А. Сыроватко, С. К. Гамбашидзе) слизистой оболочки матки, мочевого пузыря, желудка, кишечника.

Большинство самопроизвольных аборт происходит с конца II и до IV месяца беременности, так как именно в этот период во время и после образования последа происходит весьма оживленная деятельность сосудов, при этом еще очень важных и недостаточно прочно соединенных с маткой. Согласно клиническим наблюдениям, самопроизвольный аборт обыч-

но совпадает со сроками, в которые женщина должна была иметь менструацию, если бы не была беременна.

Подчеркиваем еще раз главнейшие причины, под влиянием которых происходит преждевременное нарушение анатомо-физиологических взаимоотношений между матерью и плодом.

1. Большое значение имеют приливы и гиперемия матки, к чему очень склонны полнокровные женщины.

2. Наступление преждевременных сокращений матки в ранние периоды беременности, когда развивающиеся схватки могут вызвать нарушение анатомо-физиологических взаимоотношений плодного яйца со стенкой матки, разрывы децидуальных сосудов и позднее отделение плаценты, зависящие от многих внешних и внутренних раздражителей. Преждевременные сокращения матки зависят от сращений ее с окружающими органами или стенками таза, от ригидности мышечных волокон, что часто наблюдается у старых первородящих и при инфантильных матках, от несоответствия в степени увеличения матки и развития яйца при непомерно быстром росте его, многоводии, двойнях, а также при перерождении яйца и пр.

3. Патологические состояния зародыша и плодного яйца, вызывающие смерть плода, что почти всегда приводит к аборту. Сюда относятся воспалительные изменения, сращения с отдельными частями плода, отшнурование отдельных частей у плода и пр.

4. Образование заносов.

5. Изменения последа при сифилисе, нефрозо-нефрите (белая почка), жировом перерождении как следствие кровоизлияний в паренхиму последа.

В заключение считаем необходимым еще раз напомнить, что к роли травмы как причины аборта следует относиться с величайшей осторожностью. При оценке причинности травмы надо дифференцировать наличие инфантилизма, различных общих заболеваний у свидетельствуемой, активного криминального вмешательства. Важно иметь в виду возможность токсоплазмоза, который, по Вестфалю, встречается среди населения в 2%, а по Пекарскому и Бадеру — в 10% случаев. Передача инфекции при токсоплазмозе от матери к плоду может происходить гематогенным путем через плаценту, вызывая аборт и различные уродства плода.

ДИАГНОСТИКА КРИМИНАЛЬНОГО АБОРТА

Криминальный аборт, имевший довольно широкое распространение в России до революции, в Советском Союзе встречается значительно реже вследствие непрерывного повышения материального и культурного уровня жизни трудящихся и постоянной заботы партии и правительства о женщинах и детях; теперь матерям нет необходимости подвергать свое здоровье и жизнь опасности и лишать себя радости материнства. Отдельные случаи криминального аборта, встречающиеся в настоящее время, являются результатом недостаточной сознательности некоторых женщин или проявлением корыстной наживы лиц, производящих такие аборты.

Криминальный аборт совершается либо невежественными лицами, так называемыми абортистами, плодотыгнателями, либо лицами медицинских профессий, злоупотребляющими своим положением и совершающими аборт без соблюдения правил предосторожности в неподходящей обстановке, что и предусмотрено статьей 116 Уголовного кодекса. Почти в $\frac{1}{3}$ случаев неполных абортов этиология остается невыясненной, и часть из них относится к преступному аборту.

Судебномедицинская экспертиза по криминальному аборту наиболее трудна. Подобная экспертиза имеет специфические особенности, а трудности возникают не только у судебномедицинского эксперта, но и у судебно-следственных органов. При этой экспертизе всегда много неизвестных обстоятельств. Почти во всех случаях остается невыясненным время нарушения беременности и происшедшего аборта. При быстром наступлении смерти в связи с вмешательством в целях производства аборта иногда трудно определить продолжительность жизни женщины с момента вмешательства до наступления смерти. Большое значение имеет определение давности аборта. Хорошо проведенное следствие может помочь выявить обстановку, в которой производился аборт, способ его и лиц, сделавших его.

Для полноценности судебномедицинской экспертизы крайне необходимо иметь всю относящуюся к ней документацию, а также получить возможность ознакомиться со всем следственным материалом. Для диагностики криминального аборта огромное значение имеют следующие данные:

1. Опыт и умение подробно и точно собрать все признаки криминального аборта, в том числе микро- и макросимптомы, проанализировать их и установить степень их достоверности. Сюда особенно относятся признаки внезапной смерти, травмы шейки, тела матки, других внутренних органов и пр.

2. Выяснение общей и местной реакции организма на разнообразные манипуляции в шейке или полости матки. При изучении секционного материала и соскобов из полости матки можно выявить различные стадии воспалительных изменений (К. И. Хижнякова) и дегенеративные изменения.

3. Выявление ожогов или остатков веществ, вводимых в полость матки, продолжительность и способ приложения действующего агента, его химической природы и срока, протекшего с момента криминального вмешательства до начала исследования объекта.

4. Пользование специальной методикой при вскрытии трупов умерших в связи с бывшим абортом или при внезапной смерти. Секция с применением диагностики на воздушную эмболию в отношении сердца и мозга проводится со всеми предосторожностями и подробным описанием как положительных, так и отрицательных находок.

5. Подробное изучение места происшествия, следственного материала и вещественных доказательств с обязательным направлением на гистологическое исследование объектов аборта и направлением в судебнохимическую лабораторию содержимого матки и жидкости из брюшной полости и полости таза. Среди многочисленных средств, которыми вызывают аборт, различают три основные группы: 1) механические средства, 2) токсические средства и 3) физиотерапевтические процедуры.

АБОРТ, ПРОИЗВОДИМЫЙ МЕХАНИЧЕСКИМИ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМИ

Механическими средствами для изгнания плода пользовались гораздо раньше, чем научное акушерство разработало учение об искусственном прерывании беременности с лечебными целями. Римский поэт Овидий говорит о том, что римляне пользовались механическими средствами, которыми убивали плод, а турчанки издревле для целей плодизгнания применяли в качестве маточного зонда крепкий стебель табака.

Основным механическим средством является введение в шейку и преимущественно в полость матки твердых или туго-эластических пред-

метов разной толщины и длины, чаще всего продолговатой формы, нередко с заостренным кондом. К таким предметам относятся спицы, веретена, корни растений, стилеты, obturatory, самодельные крючки, проволока, прутья, карандаши, черенки фикуса или разбухающие корни растений (например, мальвы, или так называемой «перодикси»), причем эти растения, будучи введены в полость матки, обычно разбухают в несколько раз, подобно лампнарии, тупело и пр. При абортах, вызванных механическим вмешательством, возникает вопрос о механизме действия, в частности были ли совершен прокол оболочек?

Как известно, до 3 месяцев плодного пузыря не существует или он настолько мал, что достигнуть его перечисленными инструментами не удастся. Поэтому при беременности 2—3 месяцев для нарушения целостности плодного яйца плодонизгнателям приходится затрачивать значительные усилия. При этом они чаще всего пользуются эластическими бужами или резиновыми трубочками разной толщины. Введение подобных предметов вызывает нарушение слизистой пробки шеечного канала. Ипородное тело, введенное в полость матки, кроме нарушения целостности плодного яйца, действует раздражающе на интерорецепторы матки, что рефлекторно вызывает схватки. При более глубоком проникновении abortifacientов происходит частичное отделение оболочек, нарушается прикрепление яйца и наступает кровотечение, ведущее к аборту. Матка в одинаковом количестве содержит симпатические и спинномозговые нервы. Особенно богата нервами шейка матки. Лаврентьев считает, что во внутренних органах имеются рецепторы трех основных видов: механорецепторы, мышечные рецепторы и хеморецепторы. С. К. Гамбашидзе экспериментально (на животных) показала, что в матке и яичниках имеются хеморецепторы, способные при возбуждении оказывать значительное влияние на сердечно-сосудистую систему и дыхание. Выраженность рефлекторных реакций с интерорецепторов тесно связана с функциональным состоянием половой сферы.

Очень важно, что легкие механические раздражения слизистой шейки матки, слизистой влагалища путем трения, введения охлажденного или нагретого инструмента, раздражения индуктивным током вызывают различные реакции с изменением артериального давления и дыхания. Это доказывает, что внутренние органы, в том числе и половые, в нормальных физиологических условиях непрерывно посылают импульсы в центральную нервную систему, откуда они затем передаются в центробежном порядке на те или другие исполнительные органы, изменяя их работу. Эксперименты показали (С. К. Гамбашидзе) индивидуальность рефлекторной возбудимости интерорецепторов половой сферы при беременности, что, с одной стороны, связано с влиянием половых гормонов, а с другой — зависит главным образом от перестройки в самих интерорецепторах. Таким образом, течение механического криминального аборта в пределах 2—3 месяцев складывается из комплекса факторов, из которых самым главным является нарушение целостности яйца, далее механическое раздражение рецепторного аппарата шейки и матки, что рефлекторно вызывает схватки со всеми вытекающими последствиями — кровотечением и наступлением аборта, нередко сопровождающегося общей реакцией организма с повышением температуры — лихорадкой, ознобом.

Во второй половине беременности плодонизгнатели применяют подобные же предметы, однако в этот период последние не только отслаивают оболочку, но и обычно прорывают плодный пузырь. При таком вмешательстве происходит отхождение вод, вследствие чего изменяется внутриматочное давление. При отсутствии вод плод опускается, нервные окончания шейки раздражаются, развиваются схватки и кровотечение.

Для наступления аборта в ранние сроки беременности требуется пребывание в матке вводимых туда предметов от 24 до 48 часов. Являясь раздражителями, инородные тела постепенно вызывают отслойку плодного яйца, постепенное раскрытие шейки матки и изгнание плода (чаще по частям) или полностью всего содержимого беременной матки.

Ввиду длительного пребывания в половых органах инородные тела становятся проводниками инфекции и вызывают эндометрит или общее септическое заболевание.

По Ф. Рейтеру, согласно данным судебно-медицинской практики, опасность инфекции не так велика, если в полость матки вводят широко практикуемый в Германии и Австрии эластический катетер, но с применением примитивной асептики. Нередко при преступном аборте пользуются металлическими бужами, металлическими катетерами, что реже вызывает инфекцию, но чаще приводит к ранениям.

Следует иметь в виду случаи, когда во время производства преступного аборта потерпевшая получала повреждение, например прободение матки, но это при поступлении в лечебное учреждение было не замечено и не зафиксировано в истории болезни, а женщина подверглась выскабливанию полости матки. При этом иногда бывает уже трудно определить время повреждения и установить виновника его. Впрочем, в некоторых случаях это удастся сделать, если во время операции в лечебном учреждении извлекаются предметы плодонизгнания. В подобных случаях могут оказать помощь данные анамнеза или выяснение обстановки, в которой совершилось преступное плодонизгнание, или указания самой больной и лиц, причастных к производству преступного аборта. Кроме того, следует иметь в виду, что во вторую половину беременности плодонизгнатели для прокола применяют в случаях механического аборта более острые предметы, а именно из вышеупомянутых проволоку, троакары, прутки, оставляющие в стенках матки ходы и другие ранения, которые в лечебном учреждении или при вскрытии следует возможно подробнее описать и зафиксировать в акте.

Второй, наиболее распространенный способ состоит во введении в полость беременной матки разнообразных жидкостей и паст. Иногда жидкость вводят в ткани шейки.

Признаки, объективно устанавливающие криминальный аборт, непостоянны. Реальным доказательством его являются следы травмы у матери или у плода. Наряду с бесспорными признаками клиницисту важно не упустить из виду и другие, менее четко выраженные признаки, которые тем не менее могут помочь дифференцировать самопроизвольный аборт от криминального. Приводим пять наиболее характерных симптомов, которые заставляют серьезно подозревать наличие криминального аборта.

1. Длительность и постоянство кровотечения, когда потеря крови достигает 100—500 мл при раннем и частичном отделении последа.

2. Обильный характер кровотечений. В этих случаях сразу наступает сильнейшее кровотечение: женщину при 8—10 неделях беременности привозят в больницу, часто без пульса, умирающей в результате обильного кровотечения из вскрытого венозного синуса плаценты.

3. Продолжительная задержка яйца. При беременности менее 2 месяцев самопроизвольный аборт протекает одномоментно и яйцо выходит сразу полностью. При криминальном аборте, наоборот, наблюдается длительная задержка плаценты, особенно во второй половине беременности, когда был прокол яйца и прикрепленная к стенке матки плацента продолжает жить.

4. Интенсивное, быстрое и раннее развитие заражения — инфекция. Многие авторы (Буассар, Фабр и др.) справедливо считают, что одновре-

менное существование инфекционных явлений при аборте с большой вероятностью говорит о криминальном вмешательстве. Однако полностью согласиться с этим нельзя, так как и при самопроизвольном аборте может произойти внедрение инфекции или распространение ее из существующего очага дремлющей инфекции (тонзиллит, холецистит, пиелит, аппендицит). При активизации этих патологических процессов они могут послужить причиной так называемого самозаражения. К распознавательным признакам в этом направлении относятся следующие факты: при так называемом самозаражении инфекция большей частью носит смешанный характер и обычно не бывает столь агрессивной, как при экзогенном ее внедрении во время криминального аборта. Инфекция при криминальном аборте не только более агрессивна, но первое время бывает монобациллярной (столбняк, темолитический стрептококк, анаэробная инфекция — *Bac. perfringens histolyticus* и пр.).

Инфекция и заражение в 30% случаев сопутствуют криминальному аборту. При экзогенной инфекции в случае криминального аборта уже через 6—12—24—28 часов наступает тяжелая маточная инфекция, проникающая через защитный барьер, после чего вскоре возникают признаки общего заражения, резкое повышение температуры, озноб.

5. Подозрение на криминальный аборт часто имеет основание при внезапной смерти молодой женщины в связи с шоком или эмболией, чего никогда не следует упускать из виду.

Абортивные манипуляции механического характера не всегда могут оказывать непосредственное воздействие на яйцо или вызывать сократительную деятельность матки через нервно-мышечную систему. Эти вмешательства могут вызвать более или менее выраженную инфекцию в нижнем полюсе яйца, и аборт в подобных случаях является следствием развивающегося инфекционного эндометрита. В тех случаях, когда повреждено яйцо при беременности 2—2½ месяцев без внесения инфекции, яйцо может подвергнуться перерождению, например мумификации, и аборт может наступить через несколько дней, а иногда и через несколько недель, когда женщина уже перестала рассчитывать на возможность аборта, и выхождение перерожденного или имбибированного кровью яйца является неожиданностью.

Разумеется, присутствие в половых органах при наличии беременности или при аборте различных инородных тел (кусочки бука и резиновых трубок, корни растений, кусочки дерева, обломки вязального крючка, остатки ткани или веревки; в одном редком казуистическом случае с целью аборта рожавшая женщина ввела себе в матку медицинский термометр) служит указанием на производство аборта, а при сохранившейся беременности — на попытку прервать ее. Иногда инородные тела при ранениях матки могут пропикать в брюшную полость, блуждать там или оставаться нераспознаваемыми более или менее продолжительное время, если не производят ранений органов и не вызывают осложнений. В уро гинекологической клинике, руководимой проф. Д. Н. Атабековым, наблюдался случай инородного тела в брюшной полости, попавшего туда при аборте.

В., 30 лет, имела двое родов и один искусственный аборт без осложнений в сентябре 1941 г. При производстве внебрюшинного аборта в полости матки остался какой-то инструмент. Обстановка производства аборта и лицо, производившее его, остались неизвестными. После аборта температура поднялась до высоких цифр, появились сильные боли. Женщина поступила в больницу, где ей было произведено выскабливание полости матки. Забытый инструмент не нашли и предположили, что он выпал и не был замечен. После операции развился параметрит, женщина болела 2 месяца, затем поправилась и чувствовала себя хорошо. Через полгода появились боли в верхних отделах живота. Был диагностирован асцит и гастрит. В больнице обнаружена опухоль живота, и больная направлена в клинику, где на рентгенограмме в правой половине живота над подвздошной костью обнаружено инородное

металлическое тело в виде косо расположенной палочки длиной 12—14 см, со сглаженными контурами. У верхнего конца инородного тела на уровне пилорической части желудка располагался инфильтрат, напоминавший опухоль. Нижний край его находился на уровне правой подвздошной кости. На коже живота в эпигастриальной области имелся инфильтрат овоидной формы, размером 12 × 11 см. Температура интермиттирующего типа, 37,2—38,2°.

Произведена операция удаления инородного тела из брюшной полости. Эпигастриальный разрез. Брюшная стенка утолщена до 6—7 см, инфильтрирована, из брюшной полости выступает на 3—4 см рукоятка расширителя Гегара № 5. Осталь-



Рис. 82. Инородное тело, проникшее в брюшную полость при перфорации матки во время криминального аборта. Инородное тело — расширитель Гегара № 5. В брюшной полости предмет пробыл полгода, в результате чего развился абсцесс печени и септикопиемия.

ная часть его длиной 5 см извлечена из брюшной полости. В послеоперационном периоде температура держалась на уровне 38°, отмечались резкие боли, вздутие живота, рвота с нарастающими тяжелыми септическими явлениями. На 5-й день больная умерла.

При вскрытии обнаружено ограниченное фибринозное воспаление параметральной клетчатки слева. Ограниченный гнойный перитонит в области расположения инородного тела. Хронический обширный абсцесс правой доли печени. Мелкоочаговая катаральная бронхопневмония правой верхней доли легкого. Гидроторакс, гидроперикардит. Подострая гиперплазия пульпы селезенки. Дегенерация миокарда и печени.

В казуистике инородных тел, остающихся при криминальном аборте в организме, данный пример является характерным. При производстве аборта во внебольничной обстановке, в условиях беспокойства, ответственности, торопливости, произошла перфорация матки, через которую проник инструмент и была внесена инфекция, вызвавшая справа перипараметрит. Почти полгода до операции больная лечилась при вялом течении болезни и длительном пребывании твердого большого инородного тела, блуждавшего среди органов брюшной полости и таза. Инородное тело травмировало правую долю печени, где в условиях инфекции образовался обширный абсцесс.

Может возникнуть вопрос, когда же была перфорирована матка и когда и кем оставлено инородное тело? Действительно ли инородное тело оставлено при криминальном аборте или, быть может, его оставили, производя выскабливание в больнице? Вопрос о больнице, несомненно решается отрицательно, так как больная посту-

шла туда будучи в курсе осложнений при аборте и оставления в матке «какого-то инструмента», о чем говорит документация. До прибытия в больницу в течение почти 6 месяцев у больной отмечались симптомы септического процесса. Вся последовательность его развития свидетельствует, что перфорация и внесение инфекции произошли до поступления больной в первую больницу, где она подверглась операции выскабливания и где все инструменты после операции были в наличии. Таким образом, инородное тело попало в брюшную полость при криминальном аборте (рис. 82).

Второй пример, не менее убедительный, показывает, что в некоторых случаях при наличии инородного тела в матке беременность может продолжаться, а инородное тело может оставаться в матке после аборта продолжительное время до извлечения.

Ф., 29 лет, 19/IX 1933 г. поступила в клинику Кулибышевского института охраны материнства и младенчества. Менструации начались с 15 лет, по 3 дня, через 4 недели. Замужем 11 лет. Всего имела 7 беременностей, четыре из них закончились нормальными родами, две — преждевременными, одна — аборт. Считала себя беременной при сроке беременности 3 месяца. С целью прерывания беременности обратилась к «специалистке по абортam». Та положила женщину на стул и что-то ей сделала. У плодоизгнательницы Ф. была один раз, так как ей было сказано, что беременность прервется после одного сеанса. Через день больная почувствовала внизу живота боли колющего характера, которые периодически появлялись в течение всей беременности. Через 1½ месяца женщина почувствовала шевеление плода. Во время езды по тряской дороге сильно заболел живот, открылись схватки, прошли воды и наступил поздний выкидыш. Плод родился живым, но тут же умер. Послед выделился самостоятельно. На 2—3-й день чувствовала себя хорошо: ходила за водой, стирала белье. К вечеру температура поднялась до 39°, появились острые боли внизу живота. С этими явлениями принята в клинику.

При обследовании живот вздут, напряжен. Высоту стояния матки и ее размеры определить не представлялось возможным ввиду резкого напряжения брюшных стенок. Отверстие шейки открыто. При двуручном исследовании в шейке определялось инородное тело в виде тонкой деревянной палочки, располагавшейся наискось справа налево. Нижний конец палочки упирался в правую стенку шейки матки. Придатки не определялись. Своды напряжены. Гнойные выделения. На вопрос, как попало инородное тело в матку, больная ответила, что 3 месяца назад, т. е. 6/VII «специалистка по аборту» что-то ей делала в матке. Инородное тело без усилий было извлечено за нижний конец корнцангом. Оно представляло собой прут от венника, обмотанный марлей, длиной 19 см и толщиной в разных местах 0,5—0,3 см. Слева обнаружен инфильтрат в левом и заднем сводах. При лечении инфильтрат постепенно рассосался, и после 22-дневного пребывания в клинике женщина выписалась здоровой.

Казуистика нахождения разных инородных тел в матке, введенных в целях аборта, разнообразна. Приведенный случай интересен в том отношении, что инородное тело, введенное в полость матки при 3-месячном сроке беременности, оставалось в матке долго, до извлечения, не вызывая, кроме субъективного ощущения болей, никаких реакций со стороны матки и не отражаясь на развитии плода в течение 6 календарных месяцев. Этот случай интересен и в отношении механизма родов: находясь в матке, инородное тело не вышло в период изгнания плода и в послеродовом периоде, несмотря на длину, не перфорировало матку, не вызвало левостороннего эндометрита и заднего параметрита.

Как уже сказано, вторым, наиболее распространенным способом криминального аборта является введение в полость матки жидкостей. Сущность их действия основана на: 1) механическом раздражении нервно-мышечного аппарата — влагалища и матки; 2) повреждении и отслаивании оболочек и плаценты; 3) непосредственном химическом раздражающем и прижигающем действии вводимой жидкости или пасты на ткани матки и плодного яйца. Все эти факторы, вместе взятые, оказывают суммарное раздражение, рефлекторно вызывая развитие схваток и изгнание плода. При влиянии различных жидкостей не исключена возможность внесения инфекции от применяемых предметов — наконечников спринцо-

вок и шприцев, при помощи которых жидкости вводят в шейку и полость матки. Применяемые формы шприцев и наконечников различны.

В капиталистических странах выбрасывают на рынок массу таких шприцев под самыми рекламными названиями. При помощи импортной спринцовки с изогнутым наконечником одна больная, рожавшая женщина 32 лет, при наличии беременности 8 недель ввела себе в полость матки раствор аммиака, в результате чего у нее возник ожог, присоединилась инфекция и образовался правосторонний гнойный параметрит, опорожнившийся в прямую кишку. Заболевание кончилось выздоровлением.



Рис. 83. Ожог шейки матки при криминальном аборте с некрозом (случай эксперта Т. Г. Кузнецовой).

Свойства и вредные действия впрыскиваемых в полость беременной матки жидкостей разнообразны в связи с их химической структурой, концентрацией и температурой. Чаще всего плодоизгнатели пользуются водой, физиологическим раствором, сулемой, лизоформом, карболовой кислотой, растворами кислот, щелочей, марганцовокислым калием, содой, но самым распространенным при криминальном аборте является введение в полость матки раствора мыла. Горячие растворы, кроме химического действия, вызывают ожоги разной степени (рис. 83).

Дезинфицирующие вещества, такие, как медный купорос, хлористый цинк, настойка йода или смесь ее с глицерином, введенные в полость мат-

ки, могут оказывать общее отравляющее действие. Все указанные средства в настоящее время вытеснены введением в полость матки мыльного раствора (так называемый мыльный аборт). Впрыскивание йода и смазывание им полости матки чаще применяют в целях предохранения от беременности. После введения йода может наступить шок, иногда со смертельным исходом. Йод обжигает слизистую оболочку не только матки, но и труб. Вызывая островчатые ожоги, он приводит к частичному или полному заращению труб.

Этим объясняется возникновение после впрыскивания йодом внематочной беременности и последующего бесплодия.

Ученый медицинский совет Наркомздрава РСФСР по поводу йодистых впрыскиваний и смазываний 28 сентября 1929 г. вынес следующее постановление: «При наличии каких-нибудь признаков беременности внутриматочное впрыскивание, смазывание следует квалифицировать как производство аборта со всеми вытекающими последствиями».

Результатом применения внутриматочных впрыскиваний является не только шок, инфекция, повреждения матки, но и внезапная смерть от воздушной эмболии. Подобные случаи иногда пропускаются при вскрытиях, но, по заключению Колиско, их легче распознать, если при аутопсии

вскрыть сердце под водой: обнаружение воздуха в правом желудочке и в конусе легочной артерии служит доказательством наличия эмболии.

Эксперту часто задают вопрос: может ли женщина сама, без посторонней помощи, ввести раствор в полость матки? Ответить на это иногда бывает трудно. Для суждения ориентировочным является состояние шейки матки. Нерожавшая женщина, с конической шейкой, с резкой гиперантефлексией и точечным отверстием шейки не сможет сама ввести себе в ки. Совершенно иначе обстоит дело, когда у рожавшей женщины наружное отверстие имеет щелевидную форму с надрывами или разрывами, так что оно несколько приоткрыто, а также при низко стоящей или опущенной шейке матки. В подобных случаях возможность самостоятельного введения в полость матки жидкостей не исключается, так как конический спринцовки легко может проникнуть в полость матки.

МЫЛЬНЫЙ И ЩЕЛОЧНОЙ АБОРТ

Ввиду частоты мыльного и щелочного аборта, а также тяжелых осложнений при этой форме криминального аборта и смертельных исходов считаем необходимым подробнее остановиться на нем.

Мыльный аборт особенно распространен в Европе. Этим объясняется значительная литература, имеющаяся на Западе по этому вопросу (работы Мендеса, Лами, Лерой, Гандера, Газельгорста, Декулета, Петерссона и др.).

Абелос и Говерс (Бельгия), отмечая токсическую роль мыла в генезе поражений при мыльном аборте, констатируемых при аутопсии, говорят о типических изменениях, дающих возможность поставить точный диагноз мыльного аборта.

Гипперт приводит типичный случай клинической картины и характерные результаты патологоанатомического вскрытия при мыльном аборте.

Женщине 22 лет в начале III месяца беременности с целью вызвать аборт инъекцировали мыльный раствор. Через небольшой промежуток времени наступила потеря сознания. Появившиеся симптомы перитонита позволили предположить, что перитонит в данном случае мог быть следствием перфорации матки. Была произведена лапаротомия и удаление матки с придатками. Перитонит не обнаружен. В брюшном пространстве содержалось небольшое количество крови, вытекавшей из труб. Внутренние половые органы имели своеобразный вид: матка, трубы, яичники были окрашены в синий цвет, тело матки увеличено в объеме, стенки ее отечны. В матке имелось совершенно неповрежденное яйцо. Мышечная часть матки была очень повреждена. Трубы с обеих сторон достигали толщины пальца и также были синего цвета. Их набухлость и степень наполнения кровью особенно четко выделялись на уровне бахромы.

После операции пульс улучшился и несколько замедлился, но мочеиспускание прекратилось. Через 24 часа при явлениях анурии, падения сердечной деятельности и общей интоксикации наступила смерть.

На вскрытии в почках найдены большие изменения, подобные тем, которые наблюдаются при отравлении хлорноватокислым калием. В параметрии тромбозирование венозной сети. Гистологическое исследование. Эндометрий тела матки в большей своей части разрушен, некротизирован. Ядра его окрашиваются очень плохо. Миометрий на всем протяжении переполнен кровью и в нескольких местах некротизирован.

В стенках матки выкулярного тромба не обнаружено. Эластическая оболочка сосудов местами изменена. Стенка и слизистая оболочка труб некротизированы. Соединительная ткань параметрии некротизирована, а сосуды ее тромбозированы.

В других аналогичных случаях при вскрытии макроскопически устанавливали обширные инфаркты матки, труб и яичников.

Инфаркт матки явился первопричиной ее перфорации. В подобных случаях гангрена вызывается контактом щелочной жидкости.

Клиническая картина в тяжелых случаях так называемого щелочного некроза в результате мыльного аборта типична. Уже самый вид больных указывает на тяжелое состояние: бледность, выраженная в разной степени, цианоз, возбужденное состояние, поверхностное дыхание, иногда желтуха. Все это скорее свидетельствует об интоксикации, а не об инфекции. К плохим признакам относится общий тяжелый вид, появление на ногах, бедрах и животе значительных экхимозов, определяемый при исследовании зеркалом отек влагалища, шейка матки имеет то сероватую, то фиолетовую окраску, иногда с экхимозами. В некоторых случаях на ней обнаруживаются щелочные ожоги.

Декуле и Бедриш сообщают о газовой эмболии матки в результате инъекций в ее полость мыльной воды. У женщины 30 лет появилась одышка и метроррагия. Губы и щеки приобрели цианотичную окраску. Пульс 140 ударов в минуту. В легких влажные хрипы. Матка увеличена соответственно 4 месяцам беременности. При перкуссии обнаружен тимпанит, как будто матка наполнена газом, шейка закрыта. Больная созналась, что она ввела в полость матки мыльную воду. Ввиду тяжелого состояния была предпринята лапаротомия. При разрезе брюшных стенок выступила набухшая матка темно-синего цвета. Надвлагалищное удаление матки. Послеоперационное течение гладкое. При исследовании удаленной матки обнаружено, что плодное яйцо не вскрылось, но отслоилось на половине своего прикрепления. Яйцо содержит околоплодную жидкость и немного воздуха. Стенки матки губчатые, пропитаны воздухом. При сжатии из них выделяются пузырьки воздуха.

К числу редких прижизненных признаков мыльного аборта относят тимпанит матки, определяемый над симфизом.

Газельгорст и Шалтенбранд в 1933 г. опубликовали экспериментальное исследование «Об отравлении жидким мылом при попытке экспериментального аборта у животных». Они установили, что при внутриматочных инъекциях раствор жидкого мыла нередко попадает в сосуды матки, а затем в остальное сосудистое русло. Помимо количества попавшего мыла, многое зависит от быстроты действия, т. е. скорости попадания мыла в пути кровообращения. Небольшие количества мыла (0,002 г на 1 кг веса животного) переносятся без серьезного вреда для здоровья. Большие дозы (0,2 г на 1 кг веса) уже вызывают значительные изменения, которые выражаются в оцепенении, рвоте, поносе, олигурии, анемии, желтухе, слабости кровообращения. Патологоанатомическими находками были кровоизлияния и распад крови, дегенеративные изменения в почках, мозгу, легких и печени. Большие дозы быстро проникают в пути кровообращения, вызывают острое расстройство кровообращения и вследствие коагуляции крови в правом сердце (при опытах на собаках) быструю смерть.

Вполне допустимо, что в ряде случаев криминальных аборт, если воздушная эмболия как причина внезапной смерти исключена, последняя может наступить вследствие проникновения раствора мыла в кровяное русло с последующим изменением крови (ее свертывание, коагуляция и тромбоз).

Степень токсического действия мыла зависит от его химических особенностей, степени щелочности (зеленое мыло, лизол, лизоформ, темное стиральное мыло и пр.) и бактериального загрязнения. Щелочность некоторых сортов мыла доходит до pH-9,7. Некротизирующее действие щелочных растворов тесно связано со степенью наносимого повреждения матки, а также с сопутствующей или присоединившейся инфекцией (гемолитические стрептококки, диплококки, *Bac. perfringens*). В подобных случаях при быстро развивающемся гемолизе крови не исключена возможность наступления смерти в результате блокады почек, тем более, что в ряде

случаев при мыльном аборте установлены явления уремии с тяжелыми изменениями в почках.

Другие экспериментальные исследования Газельгорста показали, что при впрыскивании собакам в вену 5—10% раствора мыла животное быстро погибало при наличии судорог. На вскрытии обнаруживалось большое кровенаполнение в правом сердце. При впрыскивании мыла в а. са-rotis наблюдались первичные поражения мозга, а именно отек, некрозы, очень резко выраженная дегенерация клеток глии. При внутривенных вливаниях установлены резкие сосудистые изменения — жировое перерождение эндотелия, припухлость его, единичные кровоизлияния и незначительная инфильтрация. Все это показывает, что следует дифференцировать внезапную смерть при мыльном аборте от эмболии и острых изменений крови. Некоторые авторы приходят к заключению, что гистологические находки в мозгу после впрыскивания мыльного раствора в матку не являются специфическими, так как они встречаются и при наступающих во время беременности заболеваниях, протекающих с судорожными явлениями (уремия, эклампсия), однако при клиническом исключении этих заболеваний указанные выше находки могут быть дополнительными признаками мыльной интоксикации.

Несмотря на приведенные данные, требуется дальнейшее всестороннее изучение изменений при щелочном отеке и некрозе, которые сопутствуют мыльному аборту и возникают при нем в результате действия щелочей на ткани, так как у детей, проглотивших мыло, также наблюдаются геморрагии и некрозы слизистой оболочки кишечника.

Картина воздушной эмболии в результате мыльного аборта зависит от срока беременности. Воздушная эмболия в момент самого аборта встречается чаще при ранних сроках беременности (2—3 месяца). В этом периоде плодное яйцо окружено большим количеством ворсинок, которые имеют тесный контакт со стенками матки. В результате производящихся манипуляций целостность яйца и матки нарушается, показывается кровь, между тем под давлением продолжается введение мыльной жидкости, которая, как известно, имеет ячеистое строение и содержит много воздуха. Последний попадает в сосудистую сеть, чем обуславливается возникновение эмболии в результате которой наступает смерть.

При беременности второй половины, т. е. после 4½ месяцев, когда плацента уже образовалась, последняя тесно связана со стенками матки только с одной стороны. К другой стенке матки прилегает плодный пузырь. Плодоизгнатель, точно не зная расположения плодного пузыря, наугад вставляет наконечник спринцовки или шприца, наполненный мыльным раствором, чтобы под давлением ввести мыльный раствор. При этом если наконечник попадает в район расположения плаценты, он встречает препятствие, которое преодолевает, вследствие чего нарушается целостность тканей плаценты, рвутся капилляры и более крупные сосуды, показывается кровь, в связи с этим плодоизгнатель меняет направление наконечника, переводя его в другую сторону, где более или менее свободно под давлением вливает мыльную жидкость с воздухом, вводя примерно 50—70—100 мл раствора. Считая свое вмешательство законченным, плодоизгнатель стремится как можно скорее отправить женщину с места происшествия.

Проходит некоторый, индивидуально разный промежуток времени. Мыльная масса, являясь одновременно механическим и химическим раздражителем, оказывает рефлекторное воздействие и, кроме того, производит изменение внутриматочного давления, для чего требуется время. Через 20—30 и более минут появляются боли, наступают схватки, часть мыльной массы может выливаться, а оставшаяся приходит в непосред-

венное соприкосновение с поврежденными сосудами. Таким путем содержащийся в мыльной массе воздух поступает в сосудистую сеть. В конечном итоге через некоторое время наступает смерть от эмболии.

При вскрытии в подобных случаях обнаруживают частично отслоенную плаценту и поврежденное яйцо, примесь крови в слизистой пробке шейки матки, а при вскрытии сердца наличие в нем пузырьков воздуха.

Необходимостью некоторого срока для наступления эмболии объясняются особенности каждого отдельного случая внезапной смерти при мыльном аборте. Смерть может произойти не на месте происшествия, а вне его, минут через 20–30 и больше (до часа), когда женщина находится уже в другом месте. В практике судебно-медицинской экспертизы встречались подобные случаи.

Кроме разных жидкостей, в полость беременной матки вводят с целью аборта разнообразные пасты, получившие особую популярность в Германии. Эти средства, в состав которых входят всевозможные неизвестные вещества, несомненно вредны.

Во-первых, не всегда аборт наступает полностью, так что после введения пасты приходится производить выскабливание, но уже в неблагоприятных условиях, ибо паста может вызвать глубокие ожоги. Во-вторых, вследствие глубоких ожогов возникают тромбы, жировое перерождение тканей матки и некоторых отдельных органов как результат общей интоксикации и тромбоза. Поэтому применение подобных паст должно быть безусловно запрещено. Известен случай, когда молодой женщине с целью аборта была введена такая паста. Аборт не наступил в течение 24 часов, и пришлось прибегнуть к выскабливанию полости матки. В том месте, где находилась паста, произошла перфорация, потребовавшая удаления матки вследствие значительных изменений в ее стенке. Обширность изменения в тканях не позволила в данном случае поступить консервативно, т. е. сохранить поврежденную матку. Случай закончился судебным процессом.

СМЕРТЬ ОТ ЭМБОЛИИ И ШОКА ПРИ КРИМИНАЛЬНОМ АБОРТЕ

Вопросами диагностики воздушной эмболии при криминальных абортах специально занимался С. Н. Бакулев, К. И. Хижнякова и др. С. Н. Бакулев изучил 10 случаев смерти от воздушной эмболии при криминальных абортах, в которых была произведена водяная проба сердца, давшая положительный результат в 8 случаях и отрицательный в 2 случаях.

При вскрытии у 9 женщин плодный пузырь оказался неповрежденным, но имелось отслоение оболочек с кровоизлиянием в стенке матки. В 4 случаях при сдавливании стенок матки ощущалась крепитация, а на разрезе выделялась пенная кровь. Вскрытие всех трупов производилось в пределах первых суток после смерти без каких-либо признаков гниения.

При гистологических исследованиях кусочков, взятых из всех органов, обнаружены следующие изменения: в сосудах легких мелкого и среднего калибра форменные элементы часто отсутствовали, преобладала плазма. По стенкам сосудов располагались вакуоли правильной формы с хорошо контурированными краями (рис. 84 и 85). Наряду с расправленными воздухом альвеолами встречались спавшиеся альвеолы или наполненные однородной бесструктурной массой, окрасившейся эозином в розовый цвет. Ткань легких была резко полнокровна, имелись кровоизлияния в форме скопления эритроцитов вне сосудистого просвета. Воздушные вакуоли были обнаружены в сосудах почек, надпочечников и

реже в печени. Во всех случаях были найдены периваскулярные кровоизлияния. Эти изменения имелись во всех случаях криминальных абортов. В одном случае при воздушной эмболии вследствие ранения сосудов шей также установлены аналогичные изменения.

Учитывая, что воздушная эмболия является самой частой причиной остро наступившей смерти при внутриматочных вмешательствах в случае криминальных абортов, при диагностике на трупе важно принять во внимание позу, в которой женщина находилась во время вмешательства, и состояние ее одежды. Осмотр места происшествия может показать, как и чем производился криминальный аборт. Макроскопические и микроскопические патологоанатомические изменения при смерти от эмболии свидетельствуют о тяжелом расстройстве кровообращения. Обнаруживается застойная гиперемия органов, стазы крови, кровоизлияния с наличием пузырьков воздуха, причем преимущественно в сосудах. Наличие воздуха может быть подтверждено рентгенографией с предварительной перевязкой сосудов на трупе и с последующим выделением матки. Присутствие воздуха в матке является доказательством вмешательства, причем именно матка играет роль входных ворот для поступления воздуха в сосуды. П. В. Григорьев в качестве диагностического признака при смерти от воздушной эмболии при криминальном аборте описывает характерный признак так называемой вспененной шапки. Этот признак он наблюдал при вскрытиях 16 трупов женщин. При осмотре органов брюшной полости до их эвисцерации он констатировал увеличение в объеме нижней полой вены, причем через ее стенки ясно просвечивали пузырьки вспенившейся крови. Для выяснения вопроса о кровенаполнении внутренних органов автор производил широкие разрезы паренхиматозных органов (печени, почек, матки) до их эвисцерации. С поверхности разреза этих органов стекала кровь с таким большим количеством пены, что эта вспененная жидкость заполняла всю поверхность разреза в виде «пенистой шапки». Во всех случаях, когда наблюдался этот признак, были полностью исключены как тифозные изменения, так и анаэробная инфекция.

При криминальных абортах в мелких и мельчайших сосудах вещества головного мозга, преимущественно в области ствола и ножек, обнаруживались мелкие вакуоли воздуха, занимавшие почти весь просвет сосуда или часть его. В более крупных сосудах вакуоли воздуха располагались пристеночно, просвет же сосуда был наполнен однородной массой бесформенных элементов крови. Встречались скопления эритроцитов вне связи с кровеносными сосудами.

С. Н. Бакулев на основании своих исследований приходит к заключению, что при воздушной эмболии воздух может проникать и эмболизи-

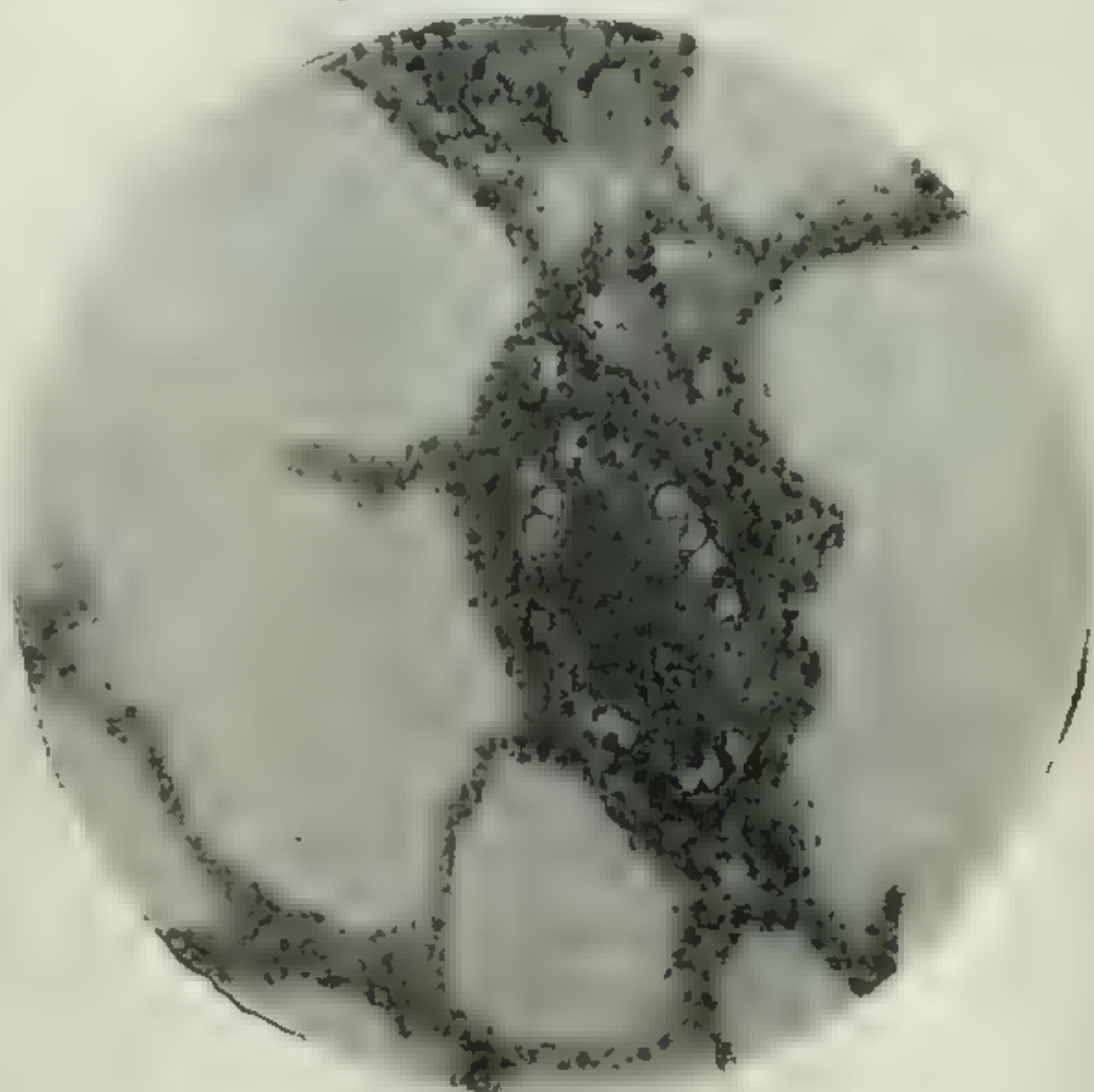


Рис. 84. Краевое расположение пузырьков воздуха в сосудах легкого при воздушной эмболии (по С. Н. Бакулеву).

ровать катилляры малого круга, а не только тампонировать правый желудок сердца и легочную артерию.

Для уточнения изменений в мозгу в качестве одного из диагностических признаков воздушной эмболии при мыльном криминальном аборте требуются дальнейшие исследования.

К. И. Хижнякова в случаях смерти от воздушной эмболии, сопровождавшейся шоком, находила шейку матки открытой в 19,7% случаев. В области наружного зева имелись механические повреждения без вос-

палительной реакции. Целость слизистой пробки была нарушена, в 44% она вообще отсутствовала, иногда свисала из наружного зева, причем цвет ее был изменен вследствие присутствия крови или марганца. Околоплодные воды в большинстве случаев были прозрачны и лишь в единичных случаях имели коричневый цвет от примеси марганца. Автор провел свое исследование на большом материале (280 протоколов вскрытий и 118 экспериментов на животных). Эти исследования показывают, что быстрая смерть от воздушной эмболии и шока в связи с абортом чаще наступает на месте происшествия. Это подтверждается тем, что возле трупов в 23,6% были обнаружены вещественные доказательства в виде спринцовок и растворов и т. п.

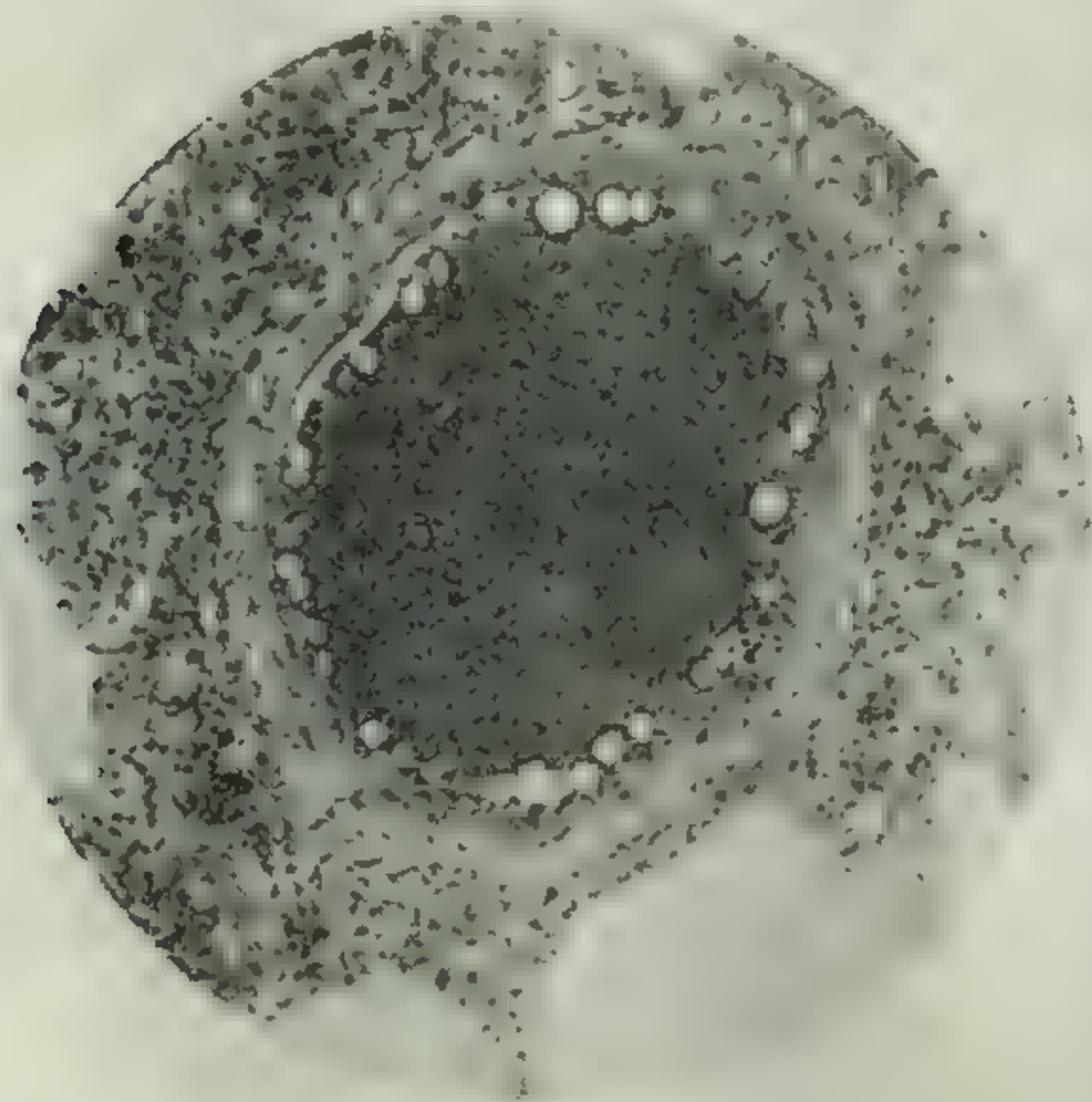


Рис. 85. Краевое расположение пузырьков воздуха при воздушной эмболии (большое увеличение) (по С. И. Бакулеву).

На одежде трупов и реже в области половых органов, бедер и других частей тела иногда находят следы цветных жидкостей и крови. Нельзя согласиться с утверждением, что смерть при воздушной эмболии наступает, как правило, на месте происшествия, ибо встречается немало случаев, когда в зависимости от срока беременности со времени введения мыльного раствора может пройти 20—30 минут и более (иногда даже 1—2 часа), прежде чем наступит смерть в другом месте — в подъезде, в ближайшей квартире. Длительность этого срока зависит от количества введенной массы и связанного с ней воздуха, от степени повреждения стенок матки, от срока беременности, от места введения жидкости под давлением (введена ли она между оболочками и стенкой матки или в область прикрепления плаценты).

К. И. Хижнякова при внутреннем исследовании трупов обнаружила, что характер распределения крови зависел от механизма смерти: при смерти от воздушной эмболии правое сердце часто бывает увеличено, а в полостях его содержится жидкая пенная кровь. Реже наблюдается переполнение правой половины жидкой кровью, и совсем редко обнаруживают мелкоточечные кровоизлияния под перикард и плевру, пенную кровь в нижней полой вене, в печеночных венах и венах матки. Внутренние органы при эмболии отличаются значительным полнокровием. На основании сходства данных гистологических исследований внутренних органов женщин, умерших от воздушной эмболии и от шока (полнокровие,

периваскулярный отек, мелкие точечные кровоизлияния), предполагают, что быстрое наступление смерти вызывается близкими по своей природе механизмами.

Кроме растворов мыла, в полость матки часто вводят растворы марганца. А. Винь экспериментировал на беременных морских свинках. Он инъецировал им в мышцу бедра водные растворы сульфата марганца. Содержание марганца определялось химически и колориметрически. Этот автор установил, что количество марганца в плоде очень мало. Оно исчисляется миллиграммами в отличие от содержания его в почках, печени и плаценте материнского организма. Каких-либо постоянных соотношений между содержанием марганца в плаценте и плоде или между его содержанием в плаценте и во внутренних органах не отмечалось. Проницаемость марганца через плаценту значительно ниже, чем проницаемость мышьяка, свинца, ртути, брома.

Н. Н. Иванов в противоположность А. Виню находил при криминальном аборте скопления марганца не только в тканях последа, но и в различных органах, что подтверждает общее отравляющее действие марганца, помимо его рефлекторного воздействия на хемо- и механорецепторный аппарат. Влагалищные спринцевания могут вызвать аборт, если они производятся под высоким давлением при открытом отверстии шейечного канала у рожавших женщин или если это отверстие предварительно расширено какими-нибудь манипуляциями. Главную роль здесь играет термическое раздражение и механическое растяжение влагалища и влагалищной шейки матки.

Горячие ножные ванны сами по себе, без каких-нибудь других манипуляций, не могут вызвать наступление аборта. Общие горячие ванны и компрессы на живот, вызывающие гиперемию в области таза, брюшной полости и беременной матки, могут нарушить кровообращение, изменив питание и дыхание плода, и тем спровоцировать аборт, но только при наличии каких-нибудь патологических отклонений в женских половых органах (инфантилизм, воспалительные заболевания, смещение матки и пр.). Массаж матки, как показал Рейтер опытами на животных, может вызвать аборт. Сдавливание матки при механических воздействиях может изменить кровообращение и повредить плодное яйцо и плаценту. Доказательствами применения этого метода в целях преступного аборта служат следы в виде трещин и надрывов на шейке, повреждение слизистой пробки шейки и примесь крови в слизи. Особенно показательным признаком являются кровоизлияния в форме кровоподтеков на брюшных покровах, иногда соответствующих форме пальцев.

Физиотерапевтические процедуры с использованием постоянного тока или диатермии при непосредственном воздействии на беременную матку могут вызвать аборт. Рентгеновы лучи также могут привести к аборту, травмируя плод и тем препятствуя, особенно в ранние сроки беременности, его дальнейшему развитию.

Смерть при криминальном аборте может наступить как вследствие механических вмешательств, так и при вливании всевозможных жидкостей и не только в результате воздушной эмболии или острого изменения крови (гемолиза), но и от шока.

К числу типичных признаков шока относятся: общая бледность, падение кровяного давления, коллапсозное состояние, перераспределение крови, уменьшение объема циркулирующей крови, гипергликемия, падение резервной щелочности крови, т. е. развитие ацидоза.

В. А. Покровский описал клиническую картину шока в акушерско-гинекологической практике, но не коснулся вопроса о шоке при аборте.

Патогенез шока до настоящего времени окончательно не выяснен,

хотя во время Великой Отечественной войны он получил более полное освещение. Одной из распространенных теорий шока является нервно-рефлекторная, приписывающая доминирующую роль нервно-болевому фактору. Э. А. Асратян в патогенезе шока придает значение трем факторам: нервному, плазмо-, кровопотере и токсическому.

Большинство исследователей различает первичную и вторичную форму шока. При криминальном аборте после грубых, ранящих вмешательств наступает преимущественно первичный шок. Вторичный шок, который встречается реже первичного, развивается через несколько часов или даже дней в результате агрессивной инфекции или кровопотери разной степени. Характерным признаком вторичного шока является повышенная проницаемость стенок капилляров. В конечном итоге развивается астенция капилляров, что приводит к уменьшению объема и массы крови, а следовательно, к уменьшению поступления кислорода в ткани, т. е. аноксии тканей — кислородному голоданию их.

В. Ф. Снегирев указывал на возможность наступления шока или коллапса при внутриматочных впрыскиваниях йода. В этих случаях шок развивается как рефлекс на болевые раздражения брюшины вследствие попадания в полость ее йодной настойки. Шок, как первичный, так и вторичный, наблюдается при перфорации матки во время аборта, причем степень его зависит от размера повреждения, нанесенного во время криминального аборта, и его характера.

В. А. Покровский сообщает, что в наблюдавшихся им случаях прободений матки во время родов шок развивался через несколько часов после происшедшей перфорации, т. е. по типу вторичного шока. Согласно его наблюдениям, при подобном осложнении обычно не встречается тяжелого «торпидного шока», который имеет место при разрывах матки. Он объясняет это сравнительно небольшими размерами прободений матки.

При вскрытии умерших от шока в случае криминального аборта находят повреждения разной степени — от тяжелых самого разнообразного характера повреждений органов таза и брюшной полости (матки, мочевого пузыря, кишечника) до незначительных повреждений шейки матки с примесью крови в слизистой пробке шейки.

При вскрытии умерших от «психического» шока морфологических данных бывает очень мало. По этому поводу Г. В. Шор пишет: «На практике приходится обязательно принимать во внимание и достоверные данные клинического наблюдения, что позволяет в большинстве случаев выносить определенное суждение». Психический шок, по Г. В. Шору, встречается редко, и о нем может идти речь только при наличии достоверных сведений об обстановке, при которой умерло данное лицо, и при отсутствии анатомических изменений в трупe, дающих основание иначе объяснить смерть.

В практике городской судебно-медицинской экспертизы был случай внезапной смерти от шока при попытке вызвать аборт путем применения грубых механических сдавливаний матки. Женица 35 лет хотела произвести прерывание беременности. «Сводница» предложила ей свои услуги, но сказала, что это должно быть сделано в обстановке абсолютно строгой тайны. Женице завязали глаза и провели ее в какое-то полуподвальное помещение, где над ней производили весьма грубые физические манипуляции, во время которых наступила смерть. При наружном осмотре трупа на брюшных стенках было обнаружено множество кровоизлияний красного и багрового цвета размером 3×2 и 3×3 см, овальной и круглой формы, напоминающих следы пальцев рук. При судебно-медицинском вскрытии трупа установлена прижизненность кровоизлияний в брюшные стенки. В тазовой полости обнаружена беременная матка, при вскрытии которой было найдено плодное яйцо, соответствующее 3 месяцам беременности, без всяких повреждений и следов отслойки. Констатировано повреждение слизистой пробки шейки матки с несомненной примесью крови в ней и небольшое открытие наружного зева щелевидной формы. Име-

лось значительное переполнение кровью брюшных и тазовых органов. Других морфологических изменений в органах грудной, брюшной и тазовой полостей не найдено. Комиссия, производившая экспертизу, пришла к заключению, что смерть в данном случае произошла от шока при попытке произвести аборт с помощью грубого физического вмешательства — сдавливания беременной матки, которое, по-видимому, вызвало острое раздражение окончаний чувствительных нервов-интерорецепторов с рефлекторной передачей на центральную нервную систему со всеми вытекающими отсюда последствиями.

Вскрытие умерших от травматического шока во время криминальных абортов, помимо указанных выше повреждений, ничего существенного не выявляет, кроме переполнения кровью брюшных органов.

При анафилактическом шоке, который наступает в результате отравления чужеродным белком, введенным парентерально, или эндогенным белком, всасывающимся при распаде тканей после травмы, патологоанатомические находки более существенны.

При вскрытии обнаруживали застойную гиперемию всего желудочно-кишечного тракта, геморрагии в большом сальнике, в брыжейке, в легких, в сердце, иногда геморрагические перитониты, плевриты и эндокардиты.

Мнения исследователей о генезе смерти при анафилактическом шоке резко расходятся.

РАНЕНИЕ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ ПРИ КРИМИНАЛЬНОМ АБОРТЕ

Ранения внутренних органов при криминальном аборте механическими средствами в настоящее время встречаются реже. Локализация их весьма разнообразна, но чаще всего травмируется шейка. По Лессеру, ранение шейки встречается в 40% случаев. Статистика Сеергета показывает, что из 90 случаев преступного аборта ранение внутренних половых органов имело место в 20%. Ранения влагалища располагаются чаще в заднем своде. Их надо дифференцировать с ранениями при половых сношениях, от которых они отличаются меньшим размером. В дореволюционное время случаи ранения встречались при криминальном аборте гораздо чаще, так как аборт был строго запрещен. Медицинских показаний к аборту тогда не существовало.

Кроме ранений женских половых органов, встречаются обширные и комбинированные ранения кишечника, мочевого пузыря, прямой кишки и сосудов таза.

Для диагностики повреждений шейки матки большое значение имеет применение кольпоскопа, который является очень удобным инструментом, дающим увеличение в 10, 15, 20 раз, что позволяет более точно диагностировать свежие ранения шейки при криминальном аборте, а также ожоги шейки крепкими растворами. Ожоги шейки в случаях криминальных абортов обычно располагаются на передней и задней губе шейки матки и лишь иногда только на передней губе. Ожоги и кровоподтеки чаще всего имеют кольцевидную форму, находятся по краю наружного зева шейки матки, что было при помощи кольпоскопии диагностировано в клинике проф. Л. И. Бубличенко (см. рис. 83).

При ранении шейки в ее нижнем отделе могут образовываться шеечно-влагалищные, шеечно-пузырные и шеечно-шеечные свищи (рис. 86). При повреждениях шейки мы констатировали на задней губе шейки продольный глубокий разрыв с развороченными и покрытыми грануляциями краями.

В других случаях также на задней губе шейки, отступя приблизительно 3 см книзу и вправо от ее наружного отверстия, в заднем своде найден шеечно-влагалищный свищ шелевидной формы длиной около

2 см. Это отверстие являлось устьем свища и введенный через шеечный канал зонд выходил через него. Образовавшийся шеечно-влагалищный свищ требует оперативного вмешательства. Обнаружить у свидетельствуемой неоспоримые доказательства ранений внутренних половых органов в связи с механическими вмешательствами при преступном аборте в ряде случаев затруднительно. Относительно легко доказать ранение влагалища, шейки матки и мочевого пузыря. Значительно труднее установить ранения, скрытые за внутренним зевом шеечного канала и в области дна матки. На трупе подобные травматические повреждения обнаруживаются без труда, если вскрытие производится осторожно и квалифицированным специалистом. Важно, чтобы при вскрытии матки ножницами или другими режущими инструментами не произвести искусственных ранений, так как это обстоятельство может дать повод к ложному заключению.



Рис. 86. Шеечно-шеечный свищ как осложнение криминального аборта. Зонд прошел через отверстие в задней губе шейки. При ранении это отверстие имело ширину 3 см. Нанесено каким-то острым захватывающим инструментом.

К. И. Хижнякова и др. рекомендуют при судебно-медицинском вскрытии исследование женских половых органов производить на месте. Для этого частично удаляют лонные кости, что расширяет поле зрения для осмотра малого таза и дает доступ для вскрытия уретры мочевого пузыря и влагалища. Матку вскрывают по боковой стенке. Далее надо вскрыть параметрий с обеих сторон, так как здесь при закрытых перфорациях матки можно обнаружить ложные

ходы, гематомы, абсцессы. Также необходимо вскрыть крупные сосуды таза. При инфицированном аборте в венах обнаруживают тромбы.

Характер ранений при криминальном аборте. Такие ранения часто проникают через всю толщу матки, а иногда даже в дугласово пространство. Перфорационные отверстия могут приобретать характер пристеночного абсцесса, который в таких случаях образуется в результате присоединяющегося некроза и последующего гнойного расплавления. В теле матки ранения располагаются преимущественно по задней стенке. Подобные ранения производятся плодонизгнателями в результате глубокого продвижения инструментов при незнании расположения матки и ее взаимоотношений с шейкой. Такими инструментами являются обычно расширители Гегара, кюретки, булж, зонды, самодельные ложки для выскабливания и пр. При манипуляциях захватывающими инструментами, к которым относятся абортанги, кориданги и др., получают обширные проникающие раны с рваными и развороченными краями. В противоположность этому после ранения зондом или подоб-



Рис. 88. Продольный разрыв матки при аборте с отрывом маточной артерии.

ными ему острыми предметами прободные отверстия могут быть настолько малы, что при вскрытии остаются незамеченными. Если к перфорации присоединяется инфекция, то на перфорированных участках матки могут быть налеты фибрина, некрозы, расплавления тканей.

При обширных перфорациях во вторую половину беременности, реже при малых сроках, захватывающими инструментами ранятся петли кишок. Растянутые и оторванные от брыжейки кишки принимают иногда за пуповину и вытягивают большими отрезками. Рейтер в своей «Судебно-медицинской гинекологии» описал случаи ранения тонких и толстых кишок с удалением 3 и 25 см их.

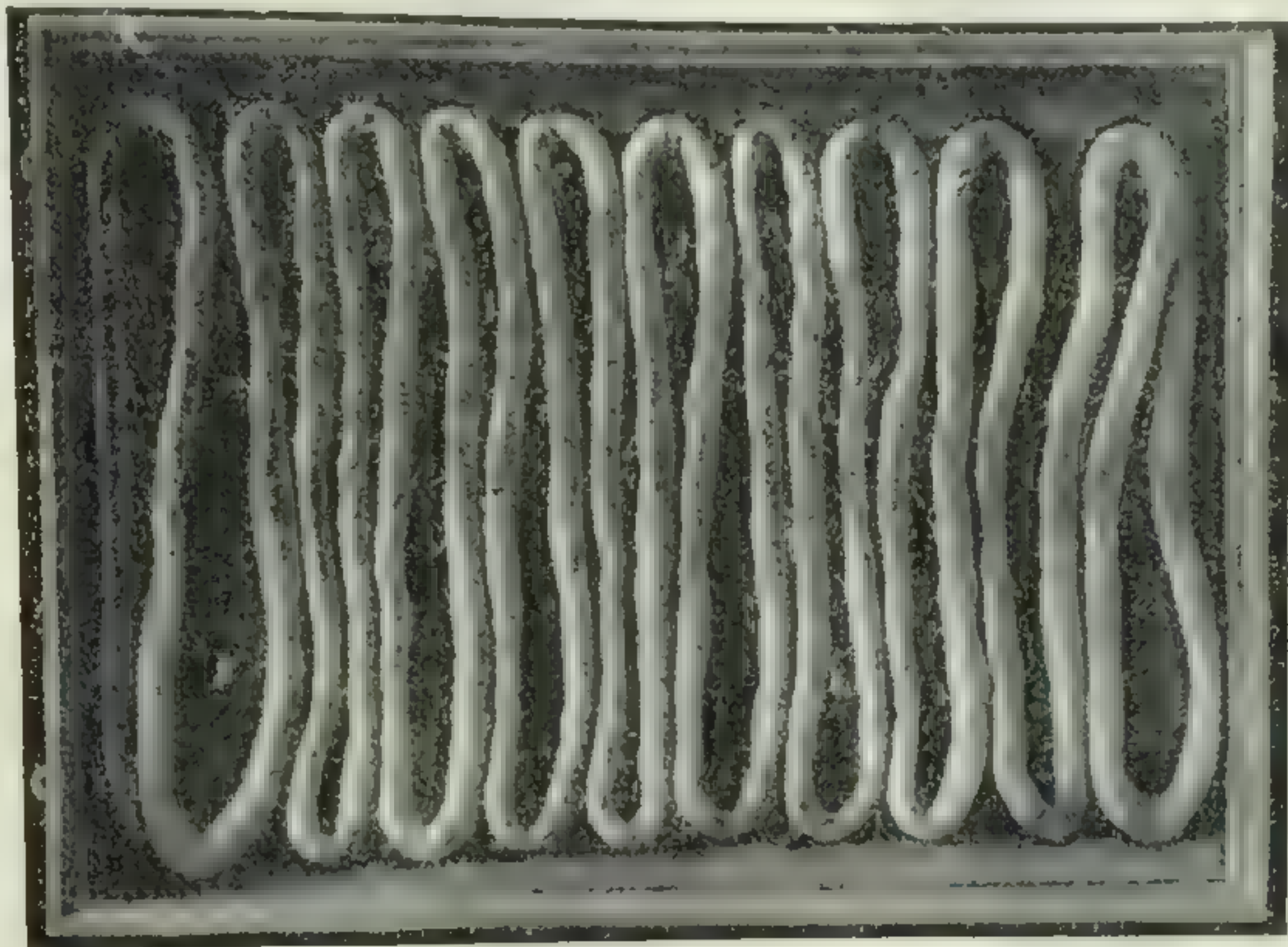


Рис. 87. Тонкие кишки, принятые за пуповину и удаленные при производстве аборта (случай судебно-медицинской экспертизы С. Б. Гольдштейна).

Ниже приводится редкий случай извлечения почти всего отдела тонкого кишечника через перфорационное отверстие в матке во время производства аборта при беременности 6 недель (рис. 87). Случай опубликован судебно-медицинским экспертом С. Б. Гольдштейном в 1941 г. Производилась операция аборта в 1935 г. После введения расширителей производилось выскабливание острой кюреткой. В конце операции врач Гегара сделано выскабливание острой кюреткой. В конце операции врач заметил, что что-то вытягивается, но операцию не приостановил, так как был уверен, что это пуповина. Однако это оказался кишечник, причем серозная оболочка его осталась в брюшной полости, а мышечная и слизистая оболочки тонкого кишечника общей длиной 11 м 8 см были извлечены. Произведена лапаротомия. Через час после операции больная умерла. Врач, производивший операцию аборта, объяснил свою ошибку, каким-то особым состоянием психики, острым страхом, обманом зрения, при котором он принял извлекаемое за пуповину.

При оценке ранений внутренних органов во время преступного аборта судебно-медицинскому эксперту важно установить (так как этого от него требует суд и следствие), каким инструментом или предметом от него требует суд и следствие), каким инструментом или предметом было произведено ранение. Умозаключения в этом направлении требуют большой осторожности, ибо под влиянием инфекции первоначальные ранения могут резко изменить свои первоначальные размеры и форму. Следует иметь в виду, что при газовой инфекции могут наступить

самопроизвольные обширные разрывы матки. Диагностика подобных разрывов базируется на их величине, развороченных, рваных краях и общем виде значительной травмы (рис. 88). Кроме того, в подобных случаях органы и ткани матки содержат много газовых пузырьков.

Особое значение обнаруженная перфорация приобретает в тех случаях, когда после механических вмешательств плодизгнателей производилось инструментальное обследование, выскабливание или доскабливание матки в лечебном учреждении. В тех случаях, когда перфорация обнаруживается только при добавочной операции, потребовавшейся после незаконного преступного аборта, обычно бывает чрезвычайно трудно



Рис. 89. Повреждение у плода при криминальном аборте брюшных стенок и внутренностей при беременности 7 месяцев (случай эксперта М. М. Бляхман).

установить, кем именно она была произведена: во время ли попыток плодизгнания, т. е. абортисом, или врачом, оказывавшим помощь в больнице. В тех случаях, когда в половых органах во время операции или при внутреннем исследовании находят инструменты или предметы для плодизгнания, данные для заключения о преступном аборте увеличиваются.

Подобные предметы и инструменты либо забываются в спешке, либо обламываются и частично остаются в стенке матки или в осумкованных абсцессах. Иногда такие инструменты могут перемещаться внутри тела — блуждать, что было описано выше.

К числу доказательств имевшего место преступного аборта относится нарушение целостности плодных оболочек, нахождение в них, а также в плаценте кровоизлияний. Как результат преступного изгнания на плоде можно видеть различные повреждения и ранения. Плацента рвется реже, так как она в огромном большинстве случаев прикрепляется глубже, у дна матки. Поэтому инструмент плодизгнателя чаще ранит плод, чем послед. При центральном низком или боковом расположении последа непосредственно ранится послед, а плод остается нетронутым. При повреждении плода можно наблюдать ранения черепа и дефекты мозгового вещества. В ряде случаев при тазовом предлежании ранится прямая кишка и крестец, а иногда брюшная полость.

Однако к обнаруженным повреждениям надо относиться критически, так как подобные ранения головной части плода, так же как мелкие ранения на коже, конечностях, спинке плода, наблюдаются при родах в период изгнания плода при прохождении через недостаточно расширен-

ные и подготовленные родовые пути родильницы, особенно у мацерированных плодов, а также у крупных плодов при переносенной беременности. Ниже приводится случай повреждения плода при криминальном аборте.

Беременная женщина поступила в родильный дом и родила ребенка с повреждением брюшных стенок. На задней боковой поверхности грудной клетки на протяжении 5×4 см с III ребра кожа отсутствовала и были видны обнаженные ребра и межреберные мышцы.

В мышцах отмечались кровоизлияния. Через дефект брюшной стенки размером 5×5 см была видна печень и разорванные петли кишок (рис. 89). Плод женского пола, 30 см длины. При вскрытии органы грудной полости были расположены правильно и никаких изменений не представляли. В мышцах брюшной стенки отмечались кровоизлияния. Эксперт пришел к следующему заключению. Плод женского пола, VI лунных месяцев утробной жизни. Указанные выше повреждения нанесены каким-нибудь твердым острым предметом. Наличие кровоизлияний вокруг повреждений указывает на их прижизненное нанесение (случай М. М. Бляхман).

СУДЕБНОМЕДИЦИНСКАЯ ДИАГНОСТИКА КРИМИНАЛЬНОГО АБОРТА

Экспертиза в этом вопросе имеет свои особенности, которые не описываются в учебниках по акушерству и гинекологии. О них мало упоминается даже в учебниках по судебной медицине. В тех и других часто отсутствуют многие детали этого сложного вопроса.

Судебномедицинскому эксперту приходится решать следующие вопросы: 1) была ли обследуемая беременной; 2) произошел ли у нее аборт; 3) в какой срок беременности произошел аборт; 4) был ли аборт самопроизвольным или вызванным умышленно; 5) сколько времени прошло с момента производства аборта до освидетельствования женщины или до исследования трупа; 6) каким способом и в какой обстановке был произведен аборт; 7) какой вред принес аборт женщине; 8) от чего последовала смерть.

При ответе на эти вопросы огромное значение имеет фактор времени. Чем раньше они поставлены и чем раньше создаются условия для освидетельствования подозреваемой в совершении аборта или изучения трупа, тем точнее экспертиза. Не менее важны данные расследования и вещественные доказательства.

Первый вопрос — была ли обследуемая беременная — в одних случаях решить очень легко, в других — затруднительно. Все зависит от того, имеем ли мы дело с ранними или с более поздними сроками беременности. Признаки, по которым распознается беременность, делятся на бесспорные и вероятные, и их надо уметь не только различить, но и оценить. Напомним, что к ним относятся: отсутствие менструаций, ранее приходивших аккуратно, увеличение тела матки, мягкая консистенция, размягчение шейки матки — ее влагалищной части, синюшная окраска, пульсация в сводах маточных артерий, наличие нагрубания молочных желез, пигментация сосков, околососковых кружков и белой линии, присутствие молозива в молочных железах и пр. Более подробно признаки распознавания ранних и поздних сроков беременности изложены в специальной главе.

При недавно прерванной беременности хорошим диагностическим методом служит гистероскопия, т. е. осмотр полости матки при помощи инструмента, напоминающего цистоскоп. Этим методом можно определить наличие и расположение плацентарной площадки, остатки оболочек и децидуальной ткани. К сожалению, этот метод, несмотря на свои преимущества, пока недоступен ввиду отсутствия аппаратов. При недавно

совершенном аборте признаком бывшей беременности является нахождение при гистологическом исследовании кусочков слизистой оболочки матки, клеток децидуальной оболочки и хориона. Кроме взятия соскоба, диагностическую помощь оказывает исследование выделений из полости матки цитологическим методом, при котором можно обнаружить те же клетки, не применяя соскоба.

Второй вопрос — действительно ли произошел аборт у данной женщины — играет существенную роль в деле судебно-медицинской экспертизы. Решение его основывается на исследовании продуктов выделения из половых органов, так называемых продуктов выделения аборта, или продуктов, полученных при вскрытии.

Если данные таких исследований удастся получить при исследовании живой женщины, то распознавание бывшего аборта не представляет труда. Однако в ряде случаев эксперт сталкивается с большими трудностями в диагностике бывшего аборта, что происходит вследствие неполноты объективного материала.

Экспертизе довольно часто приходится довольствоваться только одним осмотром женщины. Большая или меньшая точность ответа зависит от срока, протекшего с момента производства аборта до момента исследования женщины.

Существенную роль, как выше указывалось, в этом отношении играет также срок беременности, когда имел место аборт. Распознавание значительно легче в более поздний период, так как чем больше срок беременности, тем рельефнее выражены ее признаки, для исчезновения которых после позднего аборта, конечно, требуется больше времени. При начальных сроках беременности установить факт бывшего аборта, если нет возможности провести исследование выделившихся продуктов, очень трудно. Если аборт имел место в срок около 4 месяцев, то установить его при исследовании женщины вскоре после произведенного аборта можно при наличии ряда объективных признаков. К ним относятся: открытие шейки, изменение положения слизистой пробки в шейном канале или ее полное отсутствие, размеры матки, ее консистенция, выделение лохий, наличие молока в молочных железах, состояние шейки — разрывы, трещины, рапения ее. В случаях запоздалого исследования (через 2—3 недели и больше) возможность распознавания бывшего аборта находится в прямой зависимости от того, имело ли место прекращение беременности у первобеременной или аборт произошел у многобарахавшей. У многобарахавшей через более или менее продолжительный срок после аборта не представляется возможным выявить какие-либо характерные данные. При первой беременности и особенно при позднем аборте (на III и IV месяце) даже при незапоздалом исследовании опытным экспертом диагностика затруднительна, если нет возможности произвести исследование выделившихся продуктов аборта.

При исследовании продуктов аборта надо очень внимательно относиться к собиранию кровяных сгустков и масс крови, так как при умелом отмывании в них можно обнаружить нетронутое яйцо, а также частицы плаценты или оболочек. К числу наиболее достоверных признаков аборта относится отслойка плаценты: важно точно определить локализацию отслойки, характер краев, обширность и характер имеющихся на ней повреждений. Особенно значительно она бывает повреждена и отслоена на большом протяжении в случае смерти от кровотечения.

Третий вопрос — в какой срок беременности произошел аборт — имеет также большое значение. Для установления срока беременности производится измерение размеров матки, но при ранних сроках (до 2 месяцев) эти признаки беременности иногда внушают сомнения. После

3—4 месяцев беременности при рано производимых обследованиях можно выявить несомненные признаки для суждения о сроке беременности. Точные и объективные данные можно получить при микроскопическом исследовании продуктов или частей и остатков как плаценты, так и самого плода и его оболочек с их характерными микроскопическими особенностями строения. Это дает возможность сделать определенное и обоснованное суждение для установления срока беременности, на котором она была прервана. Самые точные данные о сроке беременности получаются при исследовании плода.

Четвертый вопрос — был ли аборт самопроизвольный или вызванный умышленно или случайный — имеет особо важное значение для судебно-медицинского заключения. Ответ на него может быть получен на основании данных исследования состояния женщины или трупа, причем большое значение имеет исследование состояния плодного яйца и самого плода.

Данные исследования женщины или трупа находятся в прямой зависимости, во-первых, от применения тех или иных манипуляций для производства аборта, во-вторых, от срока, протекшего со времени аборта до момента исследования живой женщины, а на мертвом теле — от степени его разложения. При обследовании живой женщины надо иметь в виду, что при абортах в первые 3—4 месяца беременности в неосложненных случаях состояние здоровья женщины уже в течение первых 2—3 недель восстанавливается. В связи с этим запоздалое исследование не дает никаких определенных или положительных данных. Существенное значение в этом вопросе имеют обстоятельства дела, показания свидетелей, самой женщины и документация. Если женщина находилась в больнице или родильном доме, важно получить полную историю болезни. Обстоятельства дела и свидетельские показания должны быть сопоставлены с полученными объективными данными. Более конкретные сведения дает исследование трупа женщины и продуктов аборта — плаценты, оболочек, матки, плода.

Для решения вопроса о самопроизвольном аборте, т. е. о прекращении беременности самостоятельно, без умышленных внешних воздействий, и об аборте, происшедшем исключительно на почве патологического состояния матери или плодного яйца, требуется всестороннее исследование женщины, плодного яйца и ребенка или трупа его при позднем аборте. Кроме сифилиса, который может явиться причиной позднего аборта или преждевременных родов, не исключена возможность других заболеваний общего или местного характера, которые могут привести плод в состояние, когда невозможно дальнейшее внутриутробное — интранатальное существование. В результате патологических причин плод мацерируется, мумифицируется, а яйцо разжижается и рассасывается (Н. С. Бокариус).

При абортах, происшедших случайно, в условиях и обстановке, не благоприятно сложившихся для беременной в смысле воздействия на нее механических или психических факторов (травма, испуг, потрясение, горе и т. п.), требуется обстоятельный расспрос, обследование и подтверждение подобных происшествий фактами.

В первом случае могут быть установлены следы механических повреждений на теле и ряд внутренних признаков, развивающихся вследствие подобного насилия в форме ушибов, кровоизлияний. В зависимости от размера, характера и степени механического воздействия соответствующая картина может быть обнаружена как при исследовании живой женщины, так и при исследовании трупа в случаях быстрой смерти после травматического аборта. При психическом влиянии, явившемся

причиной наступления аборта, соматические данные в большинстве случаев отсутствуют. При установлении психического фактора основную роль играют материалы следствия, которые могут дать указания на возможность и действительность такого влияния в данном происшествии или событии, вызвавшем аборт.

При оценке причинной связи между механическим вмешательством и последующим абортом надо принять во внимание следующее: в меньшем числе случаев аборт наступает непосредственно после вмешательства. По данным Владимирского, большей частью после вмешательства до наступления первого кровотечения проходит время от нескольких часов до нескольких дней. В ряде случаев после механического вмешательства, если на большом пространстве отслаивается послед, кровотечение наступает непосредственно, а иногда развивается через 24 часа.

Таким образом, для решения вопроса о том, когда произведено плодизгнание, основное — это дата начала кровотечения.

Диагностика криминального аборта основывается на сумме разнообразных данных, полученных при изучении обстоятельств дела живой женщины или трупа, и оценке тех последствий, которые могут сопровождать подобный аборт. При этом на получение положительных диагностических данных о криминальном аборте огромное влияние оказывает не только фактор времени, срок беременности, способ производства аборта, вещественные доказательства, размер повреждений органов и тканей, но и умение эксперта своевременно собрать и исследовать все материалы, относящиеся к данному делу.

Таким образом, при наличии соответствующих материалов выявляется происхождение аборта.

Пятый вопрос — сколько времени прошло с момента производства аборта до освидетельствования женщины или до исследования трупа — еще далек от разрешения. Несмотря на всю важность его в судебно-медицинском и криминалистическом отношении, данные в этом направлении накоплены небольшие. К. И. Хижнякова произвела серию экспериментальных исследований на коровах с целью выяснить реакцию организма на введение в матку различных жидкостей, которыми чаще всего пользуются плодизгнатели. В этих экспериментах она изучила не только характер, но и размер вызываемых ими изменений, связав их со сроком действия. Экспериментальный материал этого автора составляет 148 опытов, которые были поставлены на 62 небеременных и 56 беременных коровах со сроком беременности от 2 до 4 месяцев. В полость матки растворы вводились в количестве 400 мл. Нескольким коровам наносились повреждения на шейке матки. Растворы (1% раствор мыла, 1% водный раствор марганца, раствор йода) вводились в матку некоторым животным за 20—50 минут, а другим за 12, 24 и 48 часов до забоя. Гистологические исследования показали, что воспалительные реактивные изменения носят характер катарального, серозного воспаления, переходящего в гнойное. Характер и степень развития воспалительных изменений стоят в прямой зависимости от повреждающих веществ и продолжительности их действия.

В конечном итоге экспериментальные данные К. И. Хижняковой устанавливают возможность в течение полутора суток определить морфологические показатели для выявления динамики развития воспалительного процесса в матке, который не только захватывает слизистую оболочку, но иногда распространяется на мышечную ткань и серозную оболочку матки, что связано с концентрацией его и продолжительностью действия. Изменения могут выражаться в незначительной гиперемии с начинающимся серозным отеком, наступающим через 15 минут после

введения растворов. Через 41 час был обнаружен гнойный экссудат с большим количеством распавшихся нейтрофилов и гнойно-некротический распад соединительнотканной основы, резкая инфильтрация межмышечной ткани нейтрофилами и лимфоцитами.

Механические повреждения также сопровождаются гистологическими изменениями. Характер их зависит от степени и срока нанесения повреждений (некрозы, воспалительная инфильтрация, грануляции).

Все сказанное с убедительностью показывает важность исследования всех «продуктов аборта» как на живой женщине, так и на трупе умершей от аборта. Это исследование должно производиться в тех учреждениях, куда направляется женщина с неполным абортom или абортom в ходу. «Продукты аборта» (соскобы, остатки плаценты или плодное яйцо) следует направлять в судебнохимическую лабораторию. Опыт показывает, что путем гистологических и судебнохимических исследований можно установить не только время, протекшее с начала абортных манипуляций, но и вещества, которыми производился аборт.

Шестой вопрос — каким способом и в какой обстановке был произведен аборт — играет огромную роль, так как он не только разъясняет и уточняет предыдущие вопросы, но иногда вскрывает организацию плодоизгнателей.

Для раскрытия способа, каким путем был совершен аборт, необходимо произвести освидетельствование женщины, а также исследование объектов или продуктов аборта, а если в результате аборта наступила смерть, то подвергнуть исследованию труп. Эти материалы могут дать сумму признаков, каким именно способом мог быть совершен аборт. Наиболее точные данные получаются в тех случаях, когда остаются следы неудачно выполненного аборта. В этих случаях данные исследования трупа могут выявить причину неудачного аборта, а тип повреждений позволяет установить характер преступного вмешательства, явившегося причиной смерти женщины. Кроме грубых нарушений целостности матки в форме перфораций (прободение или вырывание кусков ткани из дна или повреждение соседних органов), ряд конкретных материалов можно получить при исследовании самой полости матки, где можно найти следы произведенных в ней манипуляций (надрывы, неполные перфорации в виде ходов, гематомы, проникающие в широкую связку, остатки не вполне удаленного плода и его оболочек). В некоторых случаях уже одно макроскопическое исследование в достаточной мере выявляет соответствующую картину вмешательства. При имеющихся возможностях необходимо, особенно в неясных случаях, прибегать к микроскопическому исследованию, которое с неоспоримостью выявит состав тканей, обнаруженных в полости матки, состояние ее стенок, остатки хориона, а при септических осложнениях наличие плацентита, тромбоза сосудов стенки матки и другие существенные признаки, указывающие на повреждение и инфекцию.

Кроме гистологических исследований, крайне необходимо произвести и химическое исследование не только соскобов в лечебных учреждениях, но и половых органов трупа: в ряде случаев это дает ответ, какие вещества применялись при прерывании беременности.

Л. М. Краснянский, В. В. Никольский и В. Ф. Сухомлинов поделились своими результатами определения abortивных средств в моче и соскобах слизистой матки. Целью авторов было: 1) определить наличие некоторых abortивных средств в моче и соскобах; 2) установить чувствительность применяемых ими методов для определения abortивных средств; 3) упростить методы исследования настолько, чтобы они были доступны в условиях работы на периферии.

Определение йода в соскобах из матки они произвели в 105 случаях, йода в моче—в 66, акрихина в моче—в 48 случаях.

Авторы предложили следующий метод определения йода. Соскоб слизистой матки хорошо измельчают ножницами, помещают в тигель или фарфоровую чашечку, после чего прибавляют 3—5 мл 20% раствора едкого натра, чтобы связать свободный йод, если он имеется. Смесь тщательно перемешивают стеклянной палочкой и помещают в сушильный шкаф при температуре 130—150°. После высушивания сухой остаток сжигают в муфельной печи или колбонагревателе. При отсутствии электроэнергии для этих целей можно использовать примус, поместив тигель в штатив на фарфоровом треугольнике. Необходимо, чтобы тигель находился в центре пламени. По сжигании и охлаждении содержимое чашечки или тигля экстрагируют горячей водой (температуры 80°) в количестве 40—50 мл и фильтруют. Фильтрат упаривают до объема 15—20 мл, дают ему остыть и разлагают йодиды 1 мл 5% раствора азотистонатриевой соли или 10 мл 10% серной кислоты. В присутствии больших количеств йодидов жидкость бурет от выделившегося свободного йода. При малых количествах прибавлением раствора крахмала можно определить даже следы йода. Соскобы перед исследованием взвешивают. Вес их в среднем колеблется в пределах от 20 до 50 г. На 105 случаев йод был обнаружен в 3, причем в 2 из них и в моче. Для установления предела чувствительности пробы авторы произвели клинические исследования (прибавление йода к соскобам, смазывания им влагалища). Выяснилось, что содержание йода в соскобах может быть определено в пределах 0,2 мл на 30 г субстрата, что составляет 0,7 мг%. Исследование йода в моче подробно изложено в руководстве по судебной химии А. В. Степанова.

Вопрос о том, в какой обстановке производился аборт, решается осмотром места происшествия или подробным изучением фотографий, если они имеются в деле, а также на основании свидетельских показаний и рассказа самой женщины. Эти данные должны быть проверены и критически оценены. Основаниями для заключения судебно-медицинской экспертизы могут быть предъявляемые вещественные доказательства, примененные в той или иной обстановке.

Все вещественные доказательства должны быть подробно описаны и непременно подвергнуты судебно-медицинской, а в случае надобности и криминалистической экспертизе.

Приводим некоторые данные исследований вещественных доказательств в судебно-медицинской лаборатории (зав. С. М. Соколов).

В Бюро Московской городской судебно-медицинской экспертизы за 1941—1942 гг. были подвергнуты химическому исследованию вещественные доказательства в 23 случаях криминального аборта. Эти вещественные доказательства были изъяты органами милиции и судебно-следственными органами на квартирах и на местах происшествия. В одном случае они были доставлены из морга и представляли собой содержимое матки, полученное при вскрытии трупа женщины, погибшей от воздушной эмболии.

Среди вещественных доказательств были разные предметы домашнего обихода и медицинские инструменты: тазы, стаканы, банки, пузырьки, кружки для спринцеваний, спринцовки, эбонитовые наконечники и пр. На этих предметах имелись засохшие или полужидкие вещества, а в тазах и кружках — мутные или прозрачные жидкости желтого и серо-бурого цвета с различными оттенками.

В 41 случаях в жидкостях было обнаружено мыло, в 6 растворы соды. В некоторых случаях растворы эти были сложного состава. В них, кроме мыла, входили сода и йод. В одном случае смертельного исхода

в жидкости была обнаружена цианистая ртуть, а в 3 случаях жидкость содержала этиловый спирт, далее настойку спирта на березовых почках, спиртовый лак, мятную настойку, комбинированные капли, содержавшие стрихнин и опий. В 3 случаях в нее входили корневища содержащего дубильные вещества растения ланчатки, а в одном — корешки мальвы, сильно разбухающие и являющиеся старым народным abortивным средством. Будучи введены в шейку матки, они разбухают, подобно лампа-ри, вследствие чего шейка раскрывается, а при глубоком введении может произойти отслаивание плаценты и плодного яйца.

Приведем примеры экспертизы при криминальном аборте.

1. В квартире был обнаружен труп женщины 32 лет, умершей от воздушной эмболии во время производства мыльного аборта, что установлено при вскрытии. В числе вещественных доказательств на ночном столике найден раствор мыла в чашке. Тут же находилась кружка Эсмарха с остатками мыла на стенках и накопчик. На наружных стенках кружки имелись ясные кровавые отпечатки пальцев рук. При дактилоскопическом исследовании было установлено, что часть отпечатков относится к умершей, а большая часть принадлежит плодоизгнательнице, которая производила аборт. Труп женщины лежал на кровати. Правая нога была полусогнута в коленном суставе. На простыне имелись пятна мыльного раствора и крови. Установлена 8-недельная беременность.

2. Следственным органам стало известно, что гражданка, широко производящая аборт вне дома, в определенный день будет производить аборт. Когда явившиеся власти постучали в запертую дверь комнаты, где должен был производиться аборт, abortистка выпрыгнула в окно. На столе остались приготовленные для аборта инструменты и большой косо срезанный кусок резиновой трубки. Представители следственных органов тотчас же направились на квартиру abortистки, где был обнаружен второй кусок резиновой трубки: сложенные вместе оба куса составили одну резиновую трубку, свежесрезанную на две части. Таким образом, и в данном случае резиновая трубка явилась уликой.

Седьмой вопрос — какой вред принес аборт женщине?

Вредное влияние криминального аборта на организм чрезвычайно велико главным образом вследствие частых тяжелых осложнений, которые, впрочем, возникают и проявляются не всегда сразу. Через некоторое время могут наступить тяжелые расстройства организма, которые порой неожиданно начинают проявляться в виде различных, трудно поддающихся лечению заболеваний как физического, так и психического характера.

Самое тяжелое последствие аборта — заражение (сепсис), которое оставляет после себя тяжелые осложнения и нередко приводит к инвалидности. Криминальный аборт может стать источником хронических воспалений тазовых органов, требующих длительного лечения и в конечном итоге понижающих работоспособность женщины. К тяжелым последствиям относится бесплодие женщины и внематочная беременность, которая бывает особенно частым последствием криминального аборта, производимого при помощи различных вливаний. После аборта иногда развиваются нервные и психические расстройства, характеризующиеся общим подавленным состоянием и снижением работоспособности.

Особенно вредное влияние оказывает криминальный аборт на женщин с врожденным недоразвитием половых органов. После аборта у них обычно надолго, а иногда навсегда прекращаются менструации, часто наблюдается привычный выкидыш. Такие женщины преждевременно стареют.

Восьмой вопрос — от чего последовала смерть после аборта — является завершением всех предыдущих и по существу служит основанием для судебно-медицинского заключения. Как говорилось выше, внезапная смерть при криминальном аборте может наступать в результате воздушной эмболии, шока или острых изменений крови — ее гемолиза. Смерть вскоре после криминального аборта может быть вследствие вне-

сения особо агрессивной инфекции (гемолитический стрептококк, столбняк, бактерии газовой гангрены). В некоторых случаях заражение (сепсис) протекает длительно, и больные умирают в результате поражения важнейших органов: сердца, почек, брюшины. Смерть быстро наступает в случаях воспаления брюшины — перитонита — и в результате сильного кровотечения, которое нелегко остановить, так как криминальный аборт обычно совершается тайно, в условиях, когда срочную и необходимую помощь оказать невозможно.

Иногда вскрытие настолько отчетливо выявляет соответствующие признаки криминального аборта и его осложнений, что никаких сомнений для заключения о причине смерти не возникает, особенно если макроскопические данные подтверждают микроскопическими и другими исследованиями.

Во всех случаях данные вскрытия нужно сопоставлять с клиническими признаками заболевания, наступившего в результате аборта, для чего, как указывалось, необходимо иметь все соответствующие сведения, историю болезни из лечебного заведения, где находилась женщина на излечении после аборта. Такое сопоставление клинических и патологоанатомических данных обеспечивает большую точность и полноту судебно-медицинского заключения по делу об аборте, в частности о причине смерти.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОДУКТОВ, ВЫДЕЛИВШИХСЯ ПРИ АБОРТЕ

Очень важно напомнить, что чем раньше производится исследование, тем легче получить сумму признаков бывшего аборта, установить время, когда он произведен, и срок беременности. Чем позднее приступают к исследованию, тем затруднительнее распознавание. Установить факт аборта, произведенного в первые недели беременности, почти невозможно. В течение некоторого времени (в пределах 3—7 дней в зависимости от срока беременности) в связи с абортом из матки выделяются лохии. Сначала они имеют кровянистый цвет, а затем серозно-слизистый. Количество и характер лохимальных выделений всегда различны и стоят в прямой зависимости от срока беременности и родов, степени опорожнения полости матки, ее сократительной способности, а также наличия осложнений в виде инфекции и воспаления, которые увеличивают количество выделений и их продолжительность.

В первые дни после родов и аборта выделения состоят из чистой крови, которая просачивается из плацентарной площадки и из сосудов отпадающей оболочки. С 3-го дня выделения становятся светлее и приобретают характер серозных. К концу 1-й или к началу 2-й недели после родов к выделениям примешивается значительное количество слизи, лейкоцитов, и они приобретают серовато-белый цвет. К концу 3-й недели выделения состоят из прозрачной стекловидной слизи, а к 4 неделям после родов совершенно прекращаются.

После аборта в первые 2—3 суток выделения бывают кровянистыми, иногда сукровичными, позднее они становятся серозными. У здоровых женщин слизистая оболочка матки после аборта ранних сроков быстро (через 7—10 дней) восстанавливается, но следы места прикрепления плодного яйца и плацентарная площадка бывают заметны в течение 2—3 недель. При искусственном медицинском аборте матка часто настолько хорошо опорожняется и так прекрасно сокращается, особенно если применялось последующее смазывание полости ее йодом, что выделения в первые 24—48 часов могут совсем отсутствовать. Иногда на 3-й день при незначительных схваткообразных болях выделяется немного крови с не-

большими сгустками или без них. Большой частью после аборта матка приходит в нормальное состояние через 2—3 недели. В лохиях, кроме крови, лейкоцитов, клеток отпадающей оболочки, обнаруживают ворсинки ворсистой оболочки с их характерным строением. При помещении остатков плодного яйца в воду можно наблюдать особую бархатистость ворсинок, которые колеблются при движении воды, если препарат не загнил или не высох.

Микроскопическое исследование обязательно, и если эксперт не может сделать его на месте, он должен отослать объект в районную или областную лабораторию. Ворсинки яйца на срезах, окрашенные гематоксилин-эозином, имеют вид круглых или овальных образований. Они состоят из нежной рыхлой соединительной ткани, окруженной двухслойным ободком. Внутренний слой состоит из правильно расположенных круглых ланггансовых клеток, наружный — из синцитиальных клеток, характеризующихся широким слоем протоплазмы с многочисленными ядрами. Характерно, что границы между отдельными клетками синцития незаметны. При определении срока беременности следует иметь в виду, что с III месяца клетки Лангганса атрофируются. Нахождение в продуктах аборта отпадающей оболочки не является бесспорным доказательством имевшейся беременности, так как децидуальная, или отпадающая, оболочка бывает выражена нетипично, напоминая слизистую оболочку матки в ее предменструальных изменениях. Относительным признаком бывшей беременности является нахождение при вскрытии желтого тела.

Однако этот признак требует осторожной оценки. При микроскопическом исследовании следует отграничить менструальные изменения в желтом теле от его изменений при беременности. К абсолютным доказательствам бывшего аборта причисляют нахождение в продуктах выделений или при выскабливании частей зародыша или ворсинок ворсистой оболочки, хотя бы даже в некротическом состоянии, ибо ворсинки при этом сохраняют свою характерную структуру. Иногда можно видеть как бы их тени. Кроме того, имеются измененные под влиянием беременности увеличенные маточные железы, клетки которых сохраняются до 3—4 месяцев беременности и находятся среди мышечных элементов миометрия.

СИМУЛЯЦИЯ АБОРТА

Встречаются случаи симуляции аборта. Практика показывает, что симуляция аборта совершается из мести или в целях вымогательства. Известен классический случай Палумба, когда 20-летняя замужняя (за стариком) женщина заявила врачу о происшедшем у нее аборте вследствие сотрясения и предъявила ему два горшка крови с плодным яйцом. При исследовании женщины у нее не было обнаружено признаков аборта или малокровия, а мнимое плодное яйцо оказалось куском птичьей груди.

ТОКСИЧЕСКИЙ АБОРТ

Токсические средства используются для плодонизгнания реже механических средств, потому что они малодействительны, а лекарственные средства, относящиеся к группе сильнодействующих, достать нелегко.

Токсическим аборт называется потому, что по существу нет таких плодогонных средств, которые при приеме внутрь оказывали бы избирательное действие на беременную матку и, вызывая аборт, не проявляли бы общего токсического влияния на весь организм. О фармакологическом

действии плодогонных средств существует несколько мнений. Левин считает, что имеется значительное количество средств для плодизгнания.

В старых фармакологических справочниках, например в справочнике Рота 1889 г., под названием «абортива» перечисляются средства, вызывающие сокращения матки, под названием «эмболика» — средства, усиливающие потуги, и под названием «эменнагога» — месячегонные средства. Относящиеся сюда средства растительного происхождения, алкалоиды и минеральные вещества, применяемые в лечебной медицине, фактически не обладают прямым абортивным действием.

Большинство авторов придерживается противоположного мнения, считая, что абортивных средств вообще не существует. Они основываются на том, что даже средства, которые широко применяются в акушерстве и вызывают схватки в конце беременности, будучи приняты внутрь, при малых сроках беременности не дают абортивного эффекта.

Хеберда и др. считают, что беременность может быть прервана лишь тогда, когда сама женщина в большей или меньшей степени отравлена принятым ядом, но в таком случае прекращение беременности является последствием общего отравления организма.

С этими двумя крайними мнениями нельзя полностью согласиться, так как многие медикаментозные средства, безусловно, оказывают проводящее действие, нарушая нормальное течение беременности и способствуя наступлению аборта.

Поэтому, несмотря на условность и неверность действия так называемых плодогонных средств, нельзя абсолютно отвергать действительность некоторых внутренних средств, особенно в тех случаях, когда имеется какая-нибудь патология в виде воспалительных процессов или пейроэндокринных нарушений менструального цикла. Важно все же всегда иметь в виду, что ни одно из плодогонных средств, будучи принято внутрь в терапевтических, а не в токсических или летальных дозах, не обладает столь избирательной специфичностью, чтобы оказывать верное абортивное действие только на беременную матку, не вызывая общих интоксикационных явлений. Поэтому при тщательном исследовании следы плодогонных средств можно найти в крови, моче, а в смертельных случаях — в тканях трупа. Поэтому никогда не следует пренебрегать посылкой вещественных доказательств — порошков, жидкостей, а также мочи, крови, выделений и пр. в лабораторию для исследования.

Подавляющее большинство подобных средств принимается внутрь — через рот, некоторые вводятся во влагалище и непосредственно в матку или в шейку матки.

Мнение, что абортивных средств не существует, разделяется большинством судебных медиков. Оно до сих пор базируется на двух предположениях: во-первых, большинство средств, широко применяемых в акушерстве, способно только в конце беременности вызвать и усилить схватки; во-вторых, эти средства, будучи приняты в начале беременности, когда чаще всего осуществляется криминальный аборт, неэффективны.

Однако если у совершенно здоровых первобеременных женщин абортивные вещества не дают положительного результата, то совершенно иначе обстоит дело, когда эти же средства применяют у женщин с наличием явно патологических изменений половых органов (воспалительные заболевания, девитации, недоразвитие и инфантилизм).

Несмотря на существование приведенных выше фармакологических мнений, практика свидетельствует о другом: оказывается, что при всей условности и ненадежности действия большинства абортивных средств, будучи приняты внутрь или введены подкожно или в шейку матки, они

могут нарушить нормальное течение беременности и через больший или меньший промежуток времени обусловить наступление аборта.

Истории медицины разных народов и судебной медицине известно огромное количество средств, которым с древнейших времен присвоено наименование токсических abortивных.

Дать исчерпывающие сведения о применяемых abortивных средствах не представляется возможным, так как они настолько многочисленны и многообразны, что не поддаются точному учету. Этим отчасти объясняется то обстоятельство, что мы не обладаем достаточными знаниями в отношении фармакологического действия плодогонных токсических средств. Почти все фармакологические средства растительного, животного или минерального происхождения, употребляемые с abortивной целью, при всем их разнообразии не оказывают прямого abortивного действия, но могут провоцировать аборт.

По фармакологическому действию различают яды, которые способны путем плацентарного кровообращения переходить от матери к плоду и влиять на него токсически. Для некоторых групп сильнодействующих ядов такой переход от матери к плоду через плацентарное кровообращение установлен экспериментально и патологоанатомически. Среди этой группы ядов заслуживают внимания металлические яды: мышьяк, галлоиды—йод, бром, а также фосфор, далее такие наркотические яды, как хлороформ, алкоголь. Сюда же относят соединения креазола — лизол, лизоформ, органические кислоты — салициловую, бензойную, а также алкалоиды — морфин и стрихнин, далее, углерод и синильную кислоту.

При оценке фармакодинамического действия следует иметь в виду, что те яды, которые выделяются медленнее, способны значительно легче повредить плоду, чем те, которые выводятся из организма более быстро. При судебно-медицинских экспертизах выясняется, что повреждения плода чаще находят в случаях хронических отравлений, тогда как при острых токсических абортах выраженных изменений обнаружить не удается.

При оценке фармакодинамического действия на беременную матку таких применяемых в abortивных целях алкалоидов, как стрихнин, атропин, большую роль играет количественная и качественная сторона развития схваток и влияние их на нервно-мышечную деятельность матки. Это действие играет большую роль, чем непосредственный переход яда от матери к плоду.

Гораздо яснее выражено действие тех ядов, которые вызывают кровоизлияния в оболочки и в послед. К подобным ядам в первую очередь относятся фосфор и мышьяк. Abortивное действие этих ядов заключается в кровоизлияниях в оболочки и ткань последа. В результате подобных кровоизлияний разной величины наступает отслойка оболочек с последующим выделением плодного яйца. При поздних сроках беременности в случаях токсического аборта, вызываемого фосфором и мышьяком, могут наступить кровотечения смертельного характера.

К числу причин смерти в связи с применением фосфора относятся жировое перерождение сердца. Рейтер abortивной дозой фосфора считает 0,008—0,01 мг. При плодизгнании фосфором аборт наступает только тогда, когда возникают общие явления отравления: вялость, желтуха, рвота темно-бурыми массами, ахолические без элементов желчи испражнения, болезненность в области печени, падение сердечной деятельности. Для плодизгнания пользуются белым и желтым мышьяком, в котором содержится до 80% мышьяковистой кислоты. В Австрии, в частности в Штейермарке, где мышьяк легко достать, практикуется введение его во влагалище для abortивных целей.

Такой способ также нередко вызывает смертельное отравление, так как ткани беременной матки легко всасывают отравляющие вещества. При острых отравлениях мышьяком резкие кровоизлияния в плодные оболочки встречаются реже, чем при отравлении фосфором.

С судебномедицинской и токсикологической точки зрения интерес представляют те яды, которые действуют непосредственно на беременную матку. К ним относятся пилокарпин и физостигмин. Они вызывают сильное возбуждение и раздражение мышц матки, которое может перей-

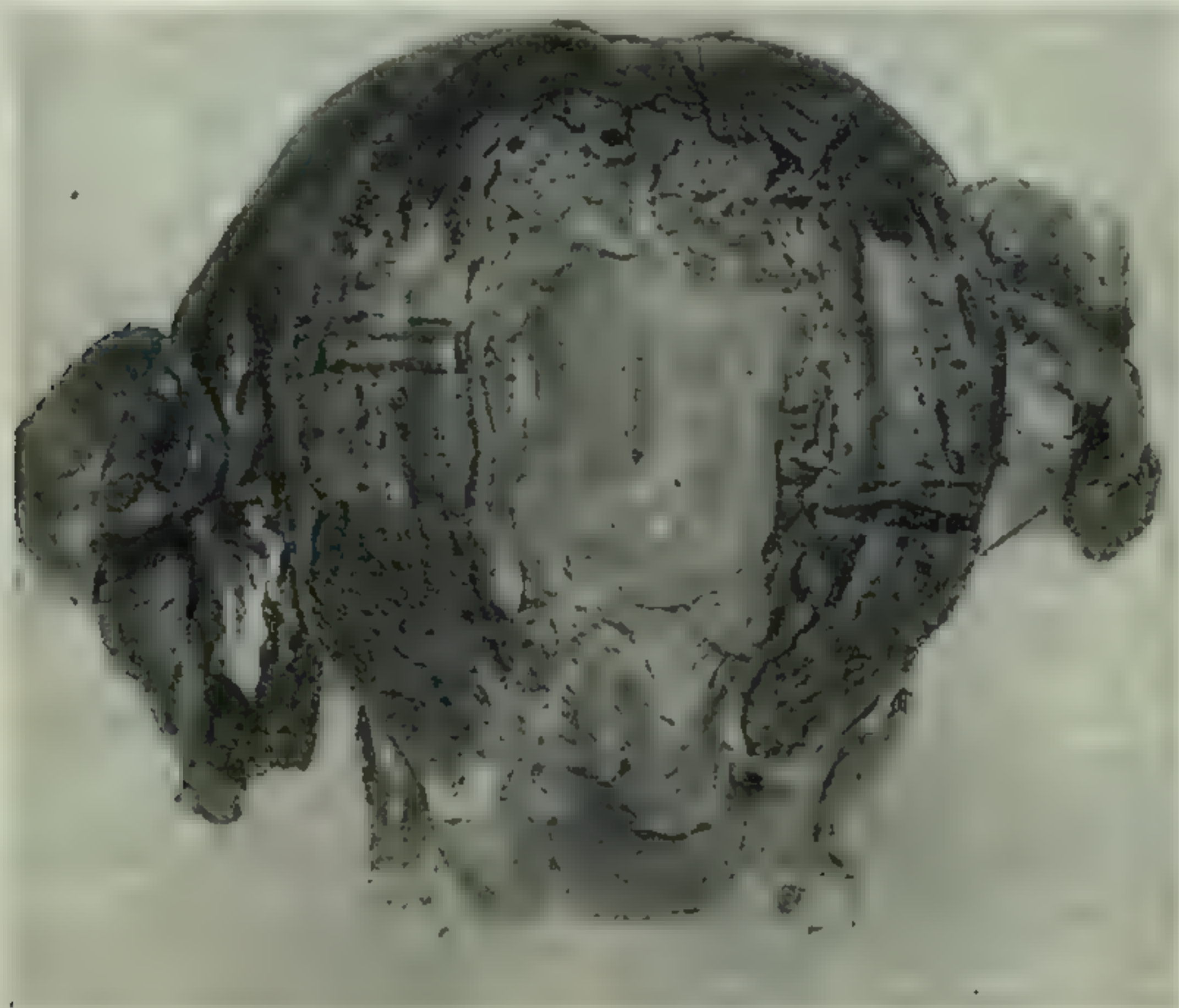


Рис. 90. Матка при смертельном отравлении спорыньей с целью производства аборта. Мышцы матки пропитаны кровью, сосуды тромбированы. Смерть последовала через 5 дней после приема большой дозы спорыньи (случай эксперта В. А. Злоговской).

ти в судорожные сокращения. Атропин в малых дозах оказывает возбуждающее действие, а в больших — вызывает прекращение сокращений матки.

К числу средств, способных оказывать преимущественное избирательное сокращающее действие на матку, относятся препараты спорыньи (*Secale cornutum*). Хинин, адреналин, питуитрин, секален и др. вызывают схватки, усиливают сократительную способность матки, но при малых сроках беременности не могут даже в больших дозах обусловить развитие схваточной деятельности до такой степени, чтобы наступил аборт. Спорынья даже при отравляющих дозах не может гарантировать наступление аборта.

Дюфур и Гюбер сообщили об отравлении большой дозой спорыньи с целью производства аборта. Женщина при 5-месячной беременности была доставлена в больницу в коматозном состоянии. После кровопускания кома прекратилась, но наступило возбужденное состояние при пониженной температуре, парез и похолодание правой верхней конечности. Затем общее состояние улучшилось, но появились фликтены и гангрена конечности. Была произведена ампутация правой руки. Беременность сохранилась. При тяжелых и смертельных отравлениях спорыньей в матке нахо-

дят большое количество тромбов, обширные кровоизлияния (рис. 90), явления острого расстройства кровообращения, отека в органах, стазы, дистрофические изменения, отек легких. Женщина 29 лет умерла через несколько дней после приема больших доз спорыньи. У нее отмечались явления нарастающей слабости сердечной деятельности и отека легких.

Хинин, особенно в возрастающих дозах, оказывает раздражающее действие и может вызвать сильные и продолжительные схватки при больших сроках беременности. В акушерстве он применяется для усиления схваток при первичной и вторичной слабости родовой деятельности. Абортивное действие хинина спорно. Хинин является очень хорошим средством при малярии во время беременности и применяется в тропических странах для лечения и беременных, страдающих малярией с целью предупреждения преждевременных родов и аборта. Однако описаны случаи аборта и преждевременных родов при токсических дозах хинина. Тарнье эти случаи оценивает совершенно правильно, считая, что наступление преждевременных родов и аборт при умеренных дозах хинина следует объяснять идиосинкразией к хинину.

Кроме хинина, в abortивных целях применяют акрихин и плазмоцид, в результате чего может наступить нарушение зрения, а в ряде случаев и полная слепота. Плодоизгнатели иногда вводят средства непосредственно в шейку матки.

Средства, сокращающие матку (питуитрин, гипофизин, тимофизин, в том числе спорыньи и др.), неэффективны как плодогонные. Во всех подобных случаях огромную роль играет индивидуальная восприимчивость женщины. Имеются женщины с возбудимой нервной системой, особенно предрасположенные к аборту, у которых многие медикаменты, в том числе и перечисленные, способны вызвать аборт без симптомов отравления. Они эффективны только до известной степени при больших сроках беременности.

Приводим случай отравления хинином и другой — отравления акрихином и плазмоцидом с целью аборта, при которых беременность сохранилась, но наступила атрофия глазных нервов и атаксия.

1. Больная 25 лет. Первая беременность 11 недель. Поступила 8/X 1945 г. в нервную клинику с жалобами на потерю зрения и расстройство походки. Диагноз: атрофия зрительных нервов. 18/IX 1945 г. приняла по 10 таблеток акрихина и плазмоцида. Через 12 часов потеряла зрение и «почувствовала, что куда-то проваливается». Первые 2 суток после отравления температура 38°, упорная, долго продолжавшаяся рвота. Направлена в районную больницу, где пролежала 2½ недели, а затем была направлена в Москву. Осмотр невропатолога и окулиста: зрачки круглые, неравномерно расширены, зрачковые реакции отсутствуют. Видимость: левой стороной поля зрения слегка отличается у лица пальцы рук. На дне глаза неврит зрительных нервов с переходом в атрофию. Движения глазного яблока в стороны достаточны, конвергенция удовлетворительная. Слух нормальный. Двигательная сфера: объем движений, сухожильные рефлексы удовлетворительны, чувствительность сохранена. Заключение невропатолога и окулиста: токсический неврит зрительных нервов, острая атаксия, интоксикация акрихином. Решено прервать беременность. 13 октября в гинекологической клинике произведена операция прерывания беременности. 16 октября больная видит как бы через сетку, боковым полем зрения видит лучше, различает светлые и темные пятна. Походка расстроена, но все же несколько меньше. Переведена в нервную клинику для дальнейшего лечения.

2. Больная И. с целью прерывания беременности сроком 5 лунных месяцев приняла сразу 8 г хинина, после чего началась рвота; через час потеряла сознание. Это состояние длилось 6—7 часов, долго продолжалась и рвота. Когда пришла в сознание, обнаружила, что ничего не видит. Через 12 дней больную направили в клинику. В документальных данных значится, что приблизительно в течение недели после отравления имела место потеря равновесия, тремор головы. Возможность самостоятельно ходить появилась только спустя 1½ недели после отравления. Первые сутки после отравления отмечался шум в ушах, но на слухе отравление не отразилось. Обоняние также нормально. Анализ крови: повышение числа лейкоцитов до 12 500, РОЭ 20 мм в час, других особенностей не отмечено.

Исследование окулиста: реакция на свет отсутствует, полный амавроз, соски зрительных нервов несколько гиперемированы, в окружности их вишнево-красные пятна, артерии сетчатки узкие. Резкий спазм центральных артерий сетчатой оболочки. Показания к прерыванию беременности: резкий спазм центральных артерий сетчатых оболочек, приведший к атрофии глазных нервов обоих глаз с резким сужением поля зрения и светослепотой вследствие отравления хинином. Через 12 дней после отравления произведена операция влагалищного кесарева сечения с прерыванием беременности. Через 3 дня осмотр окулиста: визус лучше, но цвета не различает. Через 10 дней зрачки расширены, глазное дно бледное, артерии сужены, визус 1,0, поле зрения — концентрическое сужение. Вторичная атрофия зрительных нервов. Через месяц больная осмотрена окулистом. Заключение: зрение восстанавливается.

Эти случаи напоминают о том, что хинин в возрастающих дозах может оказывать раздражающее действие на нервно-мышечный аппарат матки и вызывать в конце беременности сильные и продолжительные схватки. Несмотря на это, хинин не может считаться верным abortивным средством. На орган зрения он оказывает вредное, иногда непоправимое действие.

Из других средств в больших дозах камфара также обладает abortивным влиянием. Кроме возбуждающего действия на мышцы матки, камфара вызывает сильный приток крови к половым органам, что при наличии общего токсического действия способствует нарушению течения беременности и может обусловить наступление аборта.

Среди растительных плодогонных средств наиболее действенными считаются те, в которых содержатся эфирные масла. Сюда относятся: можжевельник, туя, содержащая туоль, скипидарное масло, шафран, мирра, апиол, мускатный орех, сабина, кедровое масло и многие другие.

Приведем несколько примеров применения этих средств.

Апиол — одно из популярных средств в Италии. Глатар сообщает, что одна женщина за 2 дня приняла 6 г апиола. Вскоре появилось головокружение, тошнота, рвота. Развились кожные токсические изменения: припухание и покраснение кожи, крапивница, желтуха, зуд, понос, большая и чувствительная печень; окрашенная моча в малом количестве, отек вульвы. При всей картине интоксикации ни одного симптома со стороны матки не было. Беременность продолжалась.

Винер оперировал женщину, которая вводя себе в матку зонд, сделала прободение в двух местах. Кроме того, она приняла большую дозу шафрана. Гистерэктомия (удаление матки). Моча кровянистая, красная, содержит гематопорфирин. Смерть через 11 часов от отравления при явлениях гематопорфирурии.

Бартлет сообщает, что женщина с целью аборта приняла большое количество мускатного ореха. Появились признаки отравления: пульс 130 ударов в минуту, одышка, зрачки расширены, коленные рефлексы повышены, тело напряжено. Отравление прошло. Выздоровление. Аборт не наступил: со стороны беременной матки никакой реакции не наблюдалось.

При приеме внутрь некоторые средства, а именно скипидар, кедровое масло, а также настойка испанских мушек, колоцинт, алоэ и др. оказывают резкое раздражающее действие на слизистую оболочку и мышечную часть кишечного канала и на рецепторный аппарат кишечника. Это раздражение рефлекторно передается матке и, кроме того, приводит к резкому изменению внутрибрюшного и тазового кровообращения, в результате чего рефлекторным путем может наступить аборт.

Скипидарное масло в дозах от 10 до 15 г на прием, вызывая интоксикацию в форме желудочно-кишечных расстройств, учащения пульса, повышения мочеотделения, гематурии (кровь в моче), расстраивает тазовое и брюшное кровообращение. Судебно-медицинская практика показывает, что двух чайных ложек препарата бывает достаточно для того, чтобы наступила тяжелая интоксикация с поражением почек при сохраняющейся беременности.

Применение с целью аборта сабины — казачьего можжевельника, действующим началом которого является сабиноль, при значительных дозах

может повести к слепоте, судорогам, которые легко смешать с эклампсией или отравлением стрихнином. Может наступить смертельный исход при сохранившейся беременности.

В целях прекращения беременности пользуются известными в фармакологии сильными слабительными (drastica), например алоэ, кротоновым маслом, александрийским листом и др. Перечисленные средства в значительных дозах расстраивают внутрибрюшное и тазовое кровообращение, усиливают перистальтику кишечника, могут вызвать тенезмы, рефлекторно вызывают схватки беременной матки и этим способствуют нарушению кровообращения плодного яйца и его частей. Вместе с тем они отражаются на всем организме в целом, в частности на состоянии центральной нервной системы, ибо многие из так называемых плодогонных средств относятся к нервным ядам при сомнительном абортивном действии.

Использование таких сильнейших ядов, как кислоты — серная, азотная, хромовая, соляная, уксусная, щавелевая, далее сулема, соли свинца, нитробензол, фенол и др., в настоящее время встречается редко. При приеме внутрь подобных средств если и наступает аборт, то обычно как предсмертное проявление общей тяжелой интоксикации.

Производство аборта путем приема внутрь нитробензола представляет большую редкость, так как нитробензол можно достать только на фабриках и заводах. Спирер исследовал 16 женщин, которые пытались вызвать аборт путем приема нитробензола. Он пришел к заключению, что этот препарат действует на плод постольку, поскольку он влияет на мать, тормозя окислительные процессы и образуя метгемоглобин. Его действие на организм аналогично действию окиси углерода.

Экспериментальные исследования по вопросу об абортивном действии свинца (Блер-Белл) показали, что свинец оказывает специфическое действие на эпителий ворсинок и что аборт может быть вызван его дозой, нетоксичной для матери. Свинец вызывает блокаду ворсинок плодного яйца. Для сравнения испытывалась медь, талий и торий. Оказалось, что абортивное действие этих веществ может наступать при сублетальных дозах, причем оно обуславливается наступающим геморрагическим поражением децидуальной оболочки.

С целью аборта прибегают также к эндокринным препаратам, преимущественно эстрогенам, а именно фолликулину, синэстролу, эстрадиолдипропионату и др. О механизме действия этих веществ при беременности имеются экспериментальные и клинические данные. С определенностью выяснено, что фолликулин сенсibiliзирует матку к питуитрину. При экспериментальных исследованиях установлено, что основное их действие состоит в создании большого прилива крови к беременной матке, яичникам и другим органам таза. В условиях резкого кровенаполнения происходят значительные кровоизлияния в децидуальную оболочку, что создает неблагоприятные условия для дальнейшего развития плодного яйца. Однако нам известен случай, когда беременная получила за короткий срок до 150 000—200 000 единиц фолликулина и тем не менее беременность сохранилась.

В связи с вышеуказанными исследованиями следует считать, что эстрогенные препараты могут оказывать при беременности провоцирующее в отношении аборта действие. Кроме описанных средств и препаратов фармакологического ряда, применяемых для производства аборта, пользуются популярностью всевозможные чаи, отвары и настойки из трав, например листья олеандры, черешки вишен, шелуха репчатого лука, листья волошского ореха, ромашка, мята и многие другие. В деревнях СССР нам приходилось встречаться с использованием так называемых цыбульных капель, представляющих собой спиртовую вытяжку из кожуры репчатого

лука. Действующим началом этого средства являются аллиловые эфиры, которые действуют раздражающим образом на кишечник, рефлекторно вызывая гиперемия тазовых органов, нарушая тем самым кровообращение плода и способствуя наступлению аборта.

К числу народных плодогонных средств относится также настойка «гарной» сажки (t-га Fuligo), которая в некоторых областях СССР применяется как плодогонное средство. В ней действующим началом надо считать остаточные продукты неполного сгорания углерода, которые как и предыдущие средства, действуют рефлекторным путем, раздражая желудочно-кишечный тракт и нарушая кровообращение плода, возбуждают рефлекторно сократительную способность матки, т. е. в целом провоцируют наступление аборта.

Относительно средств, вызывающих кровенаполнение в тазовых органах, были проведены эксперименты (А. Винь) на беременных свинках и кроликах с кантаридином, апиолом и шафраном. Выяснилось, что в дозах 0,2—0,4 г на 1 кг веса можно создавать гиперемия слизистой матки, опасную для сохранения плода. При этом появляются не только кровоизлияния в матке, но и активная преждевременная овуляция в яичнике, а также кровенаполнение в подслизистой оболочке матки.

В первые месяцы беременности при длительном применении подобных средств, вызывающих активную гиперемия и отек, в некоторых случаях происходит пропитывание яйца и плода кровью настолько, что они позднее выделяются в виде мумифицированного куска тканей.

Таким образом, анализ различных групп токсических средств, которыми пользуются для abortивных целей, показывает, что ни одно из них не обладает специфическим или прямым действием на матку и плод. Тем не менее некоторые из них могут спровоцировать наступление аборта при наличии изменений в женских половых органах: инфантилизм, воспалительные заболевания, неправильные положения матки и пр. На совершенно здоровую женщину они abortивного действия не оказывают.

Фармакодинамическое действие таких средств сводится к тому, что многие из них в той или иной степени вызывают прилив крови к желудочно-кишечному тракту, к тазовым органам и тем самым производят резкие и острые изменения в сосудистой системе брюшной и тазовой полостей, нарушая условия питания и дыхания плода. Кроме того, они рефлекторно через систему интерорецепторов обуславливают наступление сократительной деятельности матки.

В тех случаях, когда плодизгнатели пользуются токсическими веществами комбинированно, т. е. вводят их в матку и одновременно дают их внутрь, наступает суммарное действие, причем интоксикация развивается более быстро.

Считаем необходимым еще раз подчеркнуть, что при беременности в нормальных условиях, т. е. без патологоанатомического субстрата в матке и придатках, дозы ядовитых веществ для вызывания аборта должны быть настолько велики, что обычно наступает общее токсическое действие, а если происходит аборт, то как одно из проявлений общего отравления организма.

СТЕРИЛИЗАЦИЯ ЖЕНЩИНЫ

Стерилизация — это операция, лишаящая женщину способности деторождения.

В попытках изыскания наиболее верных и действенных способов регулирования и ограничения деторождения непрерывно выдвигается ряд предложений. Для стерилизации женщин применяют различные механи-

ческие, термические, хирургические, а в последнее время, в связи с успехами современной биологии, и биологические способы.

Более 50 лет институты и клиники подвергают оценке и испытывают различные оперативные способы, стремясь найти наиболее рациональный метод не только радикальной, но и временной стерилизации женщины, в последнем случае такие способы, которые не нарушали бы функции женского организма и поэтому давали бы возможность вернуть женщине способность к зачатию.

Сущность всех предложенных многочисленных методов стерилизации сводится к закрытию проходности фаллопиевых труб, однако восстановление их проходности в дальнейшем не всегда возможно.

Так называемой временной хирургической стерилизацией до 1922 г. в СССР пользовались главным образом по медицинским показаниям. Намечившееся в дальнейшем кое-где стремление постепенно расширить показания к хирургической стерилизации женщины должно быть признано неправильным. В ряде случаев врачи руководствуются только нежеланием женщины иметь ребенка или применяют хирургическую стерилизацию как профилактическую меру против часто следующих друг за другом искусственных аборт. Обычно вред и риск, причиняемые часто применяемыми абортами, противопоставляются якобы относительной безвредности стерилизации. Однако этот взгляд, не имеющий научного обоснования, весьма условен и проблематичен. Существенная разница между этими операциями заключается в том, что искусственный аборт, несмотря на приносимый им вред, не таит в себе тех непоправимых последствий, которые возникают в результате стерилизации.

Практика показывает, что женщина в определенный период настойчиво не желает иметь детей и считает мотивы, по которым принято это решение, весьма серьезными. Однако кто может предвидеть, что ожидает ее в будущем? Ряд случаев показывает, что перенесшая операцию стерилизации, через 2 года или 5 лет та же женщина является на прием к врачу и умоляет его вылечить ее от последствий стерилизации и вернуть утраченную функцию материнства. Однако выполнить это желание после хирургической стерилизации, даже если она произведена по так называемому способу временной стерилизации, не всегда возможно.

Ряд современных методов временной и постоянной стерилизации женщины, в число которых входит применение рентгеновых лучей, электрокоагуляция трубных отверстий на внутренней поверхности матки, спермоиммунитет и др., с одной стороны, практически эффективны, а с другой — не являются вполне безвредными. Нужно напомнить, что после облучения рентгеновыми лучами может наступать стойкая, не поддающаяся излечению аменорея (полное прекращение менструаций), бесплодие и т. п. В некоторых случаях (правда, в небольшом проценте) в результате пользования такими методами временной стерилизации наблюдается понижение полового чувства, некоторые функциональные расстройства, а иногда даже рождение детей-уродов.

Важно отметить, и это имеет большое судебно-медицинское значение, что термин «временная трубная стерилизация» по существу неправилен. Почти все подобные методы (перевязка труб, перерезка, вшивание и др.) приводят к стойкой, постоянной стерилизации, ибо даже при высокой технике выполнения обратная операция, т. е. пересадка труб в матку для восстановления деторождения, только в 10% может дать шансы к наступлению беременности.

Поэтому совершенно правильна точка зрения советских юристов, которые считают, что хирургическая стерилизация без медицинских показаний, установленных не консультативно, должна считаться недопустимой.

«Статья 108 Уголовного кодекса РСФСР карает всякое увечье, а именно потерю зрения, слуха или какой-нибудь иной функции. Совершенно ясно, что под потерей органа понимается не только его уничтожение, отсечение (анатомическая потеря), но и приведение его в такое состояние, при котором он перестает выполнять свое назначение (функциональная потеря). Сюда относится и уничтожение способности женских половых органов к зачатию, которая является одной из основных функций женского организма. Поэтому уничтожение навсегда этой способности есть тяжкое увечье. Стерилизация женщины должна применяться только по медицинским показаниям, устанавливаемым консультативно в лечебных учреждениях, что не вызывает разногласий среди юристов и медиков. Стерилизация по одним лишь социальным показаниям в условиях социалистического общества не имеет оснований. Только недоучетом этого важнейшего соображения объясняется то, что иногда приходится слышать высказывания о допустимости стерилизации «по социальным показаниям», хотя и с оговоркой, что при решении этого вопроса необходима чрезвычайная осторожность, осмотрительность, а главное добросовестность.

В СССР абсолютно запрещено производство операции стерилизации по социальным показаниям. Стерилизация допускается лишь по медицинским показаниям, установленным консультативно в лечебных учреждениях.

Применение же стерилизации без указанных условий социалистическая законность¹ приравнивает к статье 108, которая говорит «об умышленном тяжелом повреждении, повлекшем за собой потерю какого-либо органа».

Медицинские показания вступают в силу, если состояние здоровья женщины исключает на длительный срок или навсегда возможность иметь беременность.

К медицинским показаниям относятся:

1. Сердечные заболевания

При оценке их с точки зрения стерилизации должен быть учтен тот факт, что нарушения сердечной деятельности могут наблюдаться при одной беременности и совершенно отсутствовать при следующей. Очень важно также взвесить, когда к искусственному аборту следует присоединить стерилизацию.

Стерилизация показана при следующих заболеваниях сердечно-сосудистой системы:

1. Декомпенсированные пороки сердца, если декомпенсация повторяется при нескольких беременностях и особенно в случаях большой плодовитости, когда краткость сроков между беременностями не оставляет времени для рациональной терапии.

2. Тяжелые декомпенсированные пороки сердца, если порок не поддается лечению, приобретает хроническую форму и, по заключению терапевтов, беременность и роды представляют угрозу жизни матери.

3. Миокардит. Так как миокардит является по преимуществу уделом более пожилого возраста, вопрос о стерилизации в этом случае требует индивидуального разрешения. Однако в случаях миокардита у молодых женщин как последствия перенесенных инфекционных заболеваний вопрос о стерилизации стоит более определенно. В этом убеждают

¹ Журнал «Социалистическая законность», орган прокуратуры СССР, 1937, № 2, стр. 83.

наблюдения Байша над женщинами, страдавшими миокардитом. Его наблюдения показывают, что большая часть молодых женщин, страдавших миокардитом, погибала вскоре после родов и ни одна из них (при значительной, по численности группе) не оставалась здоровой и трудоспособной.

4. Кардиосклероз. Если имеется беременность и стерилизацию необходимо комбинировать с абортom, эти операции лучше проводить двухмоментно. Должны быть учтены условия наркоза и влияние операционной травмы, особенно опасные для страдающих кардиосклерозом.

5. Эндокардит. При свежем эндокардите для решения вопроса о стерилизации требуется предварительно провести терапевтическое лечение. Стерилизация показана при хроническом эндокардите, если он не поддается лечению.

В отношении заболеваний и расстройств сердечно-сосудистой системы, при установлении показаний к производству стерилизации важно учитывать не только степень их тяжести, но и совокупность их с различными сопутствующими факторами: возраст, психика больной, социальное положение, количество имеющихся детей. В тех случаях, когда мысль о последствиях непоправимого бесплодия для больной мучительна или когда операция стерилизации как определенное вмешательство представляет известный риск, целесообразно вместо хирургической стерилизации рекомендовать предохранительную, т. е. применение предохранительных средств.

II. Туберкулез легких, гортани, костей и суставов

Надо учитывать следующие обстоятельства: а) стойкая стерилизация молодой бездетной женщины является весьма жестоким мероприятием, вредно отражающимся на общем балансе женского организма; б) в начальных стадиях туберкулеза при компенсированных формах, при железистых формах беременность возможна, и в таких стадиях почти в $\frac{3}{4}$ случаев можно не опасаться ухудшения процесса под влиянием беременности; в) при далеко зашедших случаях туберкулеза легких применение стерилизации не может дать ожидаемого благоприятного эффекта, а может вызвать лишь ухудшение состояния, не обещая никаких выгод.

С учетом этих условий стерилизация показана:

а) при ясно выраженном туберкулезе легких в первой стадии у молодых женщин, у которых беременность вызывает явное обострение процесса и особенно при наличии соответствующих неблагоприятных бытовых условий;

б) при туберкулезе гортани, но не в безнадежных, далеко зашедших случаях;

в) при костно-суставном туберкулезе с симптомами интоксикации и при наличии скрытых свищей стерилизация вполне показана.

III. Заболевания почек и почечных лоханок

1. Острый нефрит, если он принимает рецидивирующую форму и наступает при каждой новой беременности. В этом случае, кроме аборта, необходима стерилизация.

2. Хронический нефрит, если во время беременности наступают угрожающие явления — уменьшение количества мочи или осложнения со стороны глаз. При хроническом нефрите, протекающем без осложнений, стерилизации обычно не производится.

Примечание. Почечнокаменная болезнь, гидро- и пионефрозы, воспаления почечных лоханок стерилизации беременных не требуют, так как против основного заболевания можно с успехом бороться терапевтическим или хирургическим путем.

IV. Заболевания желез внутренней секреции

1. Базедова болезнь при тяжелых прогрессирующих формах с токсическими явлениями, с нарушениями со стороны сердца, при часто следующих друг за другом беременностях, когда в кратковременных промежутках между ними не хватает времени для лечения. В 60% случаев течение базедовой болезни (данная Зейца) под влиянием беременности ухудшается, а в 6,4% заканчивается летально.

2. Акромегалия, которая ухудшает течение беременности. В этом случае искусственный аборт следует сочетать со стерилизацией. Однако надо учитывать, что возможность зачатия при акромегалии значительно понижена и поэтому показания к стерилизации носят условный характер.

V. Нервные и душевные заболевания

(эпилепсия, хорей, раннее слабоумие — только при тяжелых формах)

Установление медицинских показаний к стерилизации при нервных и душевных заболеваниях представляет некоторые трудности: при многих психозах соответствующее лечение, режим и покой могут дать улучшение и даже полное излечение, а в ряде случаев предсказания о наступлении рецидивов не сбываются. Кроме того, влияние присоединившейся беременности на них недостаточно выяснено. Поэтому вопрос о стерилизации и в таких случаях должен решаться консультативно.

Упорные и не поддающиеся лечению формы шизофрении после испытания в специальных психиатрических лечебных учреждениях дают повод к применению стерилизации.

VI. Заболевания женских половых органов

1. Узкий таз в форме резких степеней сужения при истинной конъюгате, равной 6 см. Если женщина категорически не желает подвергать себя риску кесарева сечения, узкий таз является прямым показанием к стерилизации.

Применение попутной стерилизации при кесаревом сечении по поводу узкого таза допустимо, но лишь после вторичного кесарева сечения. При комбинированных показаниях (например, уродства, пороки сердца и узкий таз) и во время первой операции кесарева сечения стерилизация показана.

2. При неправильных положениях матки (опущения, выпадения ее) стерилизация необходима для гарантии лучших отдаленных результатов основной операции при исправлении этих дефектов.

Свищи мочепоолового аппарата, требующие применения обширной пластики, так как последующая беременность и роды могут свести на нет полученные с помощью операции лечебные результаты.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ СУДЕБНОМЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА СНИЖЕНИЯ И УТРАТЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ

Настоящий раздел является частью большого отдела судебной медицины — исследования живых лиц. Этот вид экспертизы составляет около 80% работы больших судебномедицинских учреждений, к которым относятся Бюро Московской городской и Бюро Московской областной судебно-медицинской экспертизы.

Экспертиза живых лиц проводится в уголовных и гражданских делах.

Подобная экспертиза относится к делам о потере или ограничении трудоспособности в связи с увечьем, полученным на производстве, на транспорте и пр. Подобные повреждения могут быть нанесены как разным органам и системам, так и всему организму в целом. Ряд судебно-медицинских экспертиз проводится для установления утраты или снижения трудоспособности в связи с половой жизнью (аборты, роды, операции и разные заболевания).

При судебно-медицинской экспертизе несмертельных повреждений наряду с медицинскими вопросами (диагноз и оценка последствий повреждений) решаются юридические вопросы, так как заключение судебно-медицинского эксперта является квалификацией телесных повреждений, указанных в статьях 108, 109, 112 Уголовного кодекса РСФСР.

Освидетельствование обычно производится в специальных амбулаториях судебно-медицинскими экспертами или в больнице, если потерпевшая находится там на излечении. В подобных случаях приходится производить несколько повторных экспертиз, так как характер повреждения или течение болезни может быть неясным. Кроме того, важны конечные результаты.

В сложных случаях судебно-медицинский эксперт должен провести экспертизу комиссионно с соответствующими специалистами. В ряде случаев до окончательного заключения свидетельствуемую направляют в стационар для испытания, наблюдения или производства различных исследований, например для рентгеноскопии, урологического или акушерско-гинекологического обследования. В больших судебно-медицинских учреждениях, например в Бюро Московской городской и Московской областной экспертизы, имеются разные специалисты и лаборатории для производства всех видов исследования живых лиц. Кроме того, при вышеуказанных учреждениях существуют комиссии по определению степени утраты трудоспособности во второй инстанции.

Судебно-медицинский эксперт должен быть осведомлен о том, что в Уголовно-процессуальном кодексе РСФСР не имеется указаний на обязательное присутствие следователя при судебно-медицинской экспертизе живых лиц. Кроме того, в статье 181 Уголовно-процессуального кодекса РСФСР сказано, что следователь не может присутствовать при медицинском осмотре лица другого пола, если в процессе освидетельствования требуется обнажение свидетельствуемой, за исключением тех случаев, когда она выражает согласие на присутствие следователя. Освидетельствование женщины производится на основании положений, изложенных в «Правилах амбулаторного судебно-медицинского акушерско-гинекологического исследования».

Согласно существующим положениям, всякий судебно-медицинский документ должен быть написан на чистой бумаге, разборчиво, чернилами или напечатан на пишущей машинке без помарок и поправок или с оговорками о сделанных дополнениях или исправлениях. В документах не должно быть особо специальных медицинских терминов, иностранной транскрипции. Акты, свидетельства и протоколы должны быть написаны ясным общепонятным языком, полными словами без условных сокращений.

Приказом Министерства здравоохранения СССР за № 1545 от 27 ноября 1937 г. запрещается вместо формального, по правилам составленного судебно-медицинского акта или свидетельства выдавать различные справки, выписки и другие документы, в которых ввиду краткости не имеется описательной части. Документ должен быть оформлен по всем правилам, скреплен подписью эксперта и печатью, пронумерован. Копия его должна непременно храниться в учреждении.

Во всех случаях являющийся на экспертизу должен иметь паспорт и направление от суда, следователя или от милиции. В направлении должна быть указана дата, возраст, фамилия, имя и отчество направляемого, местожительство, кратко изложены обстоятельства дела, задание для освидетельствования, вопросы, поставленные на разрешение экспертизы. В ряде случаев судебно-медицинскому эксперту требуется представление самого дела для более подробного ознакомления с обстоятельствами его.

Переходя непосредственно к экспертизе трудоспособности¹, необходимо напомнить, что в СССР социальным страхованием пользуются все служащие и рабочие, что средства на это вносятся самими учреждениями и предприятиями и что в случаях утраты как временной, так и постоянной трудоспособности советское законодательство обеспечивает материальным пособием всех работающих по найму.

Экспертизой по определению трудоспособности занимаются врачебно-контрольные комиссии (ВКК) и врачебно-трудовые экспертные комиссии (ВТЭК).

При экспертизе различают наличие, утрату или ограничение общей профессиональной и специальной трудоспособности, а также временную или стойкую нетрудоспособность, которая в свою очередь может быть полной или частичной.

При судебно-медицинской трудовой экспертизе приходится иметь дело с нарушенным здоровьем, причем свидетельствуемые нередко апеллируют, будучи неудовлетворены первичным обследованием в предыдущих инстанциях. Под трудоспособностью следует понимать способность человека выполнять определенные трудовые процессы с действенностью (эффективностью), соответствующей обычному состоянию их здоровья.

¹ В настоящее время нарушение трудоспособности, связанное с производством, установившим ВТЭК в судебно-медицинских учреждениях, решаются вопросы возникающие при бытовых, уличных и других травмах.

Трудоспособность как комплексное понятие определяется факторами биологического и социального характера. В высшей степени важным фактором является состояние здоровья человека, характер и причина его заболевания, с которыми он направлен органами суда для судебно-медицинской экспертизы.

При оценке прогноза с клинической и трудовой стороны небезразлично, имеем ли мы дело с заболеванием, относящимся к соматической или психической сфере свидетельствуемой, или с тем или иным физическим недостатком. Оценка при этих разновидностях неодинакова, так как при различных факторах естественная приспособляемость как условие, повышающее процент трудоспособности, будет неодинаковой.

При правильной организации экспертизы по определению трудоспособности у всех женщин, подвергающихся подобной экспертизе, должно проводиться полное исследование всего организма в целом, а не только гинекологическое исследование по жалобе свидетельствуемой. Основываясь на данных современной физиологии и медицины, при обследовании живого человека эксперт должен оценить совокупность физиологических и патологических особенностей всего организма, установить степень сопротивляемости его тому или иному заболеванию, приспособляемость к тем новым ситуациям, которые возникли в результате болезни или травмы. Это особенно важно для оценки границ приспособляемости организма к новым условиям работы, поскольку определяется понижение или утрата общей, профессиональной или специальной трудоспособности.

Поэтому при конечной оценке наступившего дефекта — искалечения на почве травмы или заболевания — необходимо учитывать состояние всего организма, всех его функций, взаимосвязи и взаимодействия всех органов и систем, особенно состояние центральной нервной системы, а также влияние различных факторов внешней среды. Как известно, только при определенных условиях (вредное влияние внешней среды, отсутствие соответствующего лечения, несоблюдение гигиенических и профилактических навыков, особая тяжесть ранения) временная нетрудоспособность может перейти в постоянную.

Должны быть приняты во внимание особенности строения и функции женских половых органов, так как доказано наличие интерорецепторов внутренних половых органов и установлено наличие теснейших взаимоотношений между отправлениями указанных органов и состоянием коры головного мозга. Этим объясняется реактивность организма при разных условиях, а иногда и лабильность его к ряду физиологических процессов — таких, как половое созревание, половая жизнь, беременность, роды, послеродовой период. В свете учения И. П. Павлова становится понятным, что многие патологические импульсы, возникающие в половой сфере, в частности в матке, а также различные отклонения в эндокринной системе могут стать причиной нарушений со стороны нервной системы женщины, что особенно проявляется в начале беременности, когда начинается перестройка всего организма. Вместе с тем огромное значение имеет состояние коры головного мозга и протекающие в ней основные нервные процессы возбуждения и торможения, локализация и распространение этих процессов, которые оказывают огромное влияние на весь организм женщины как в пределах физиологических процессов, так и особенно при разных видах патологии.

Процессы, совершающиеся в коре головного мозга, меняются при беременности по-разному, если сравнить первую половину беременности со второй. Это необходимо иметь в виду при некоторых видах обследования судебно-медицинским экспертом живых лиц. Как известно, в первой поло-

вине беременности особенно выступают явления со стороны нервной системы в виде рвоты, тошноты, навязчивых запахов, сонливости и пр.

Примером может служить следующий случай.

В экспертизу начальником ОРУД была направлена 11 мая 1945 г. водительница троллейбуса для освидетельствования на предмет, может ли она быть допущена к работе в качестве водителя троллейбуса, будучи беременной. Водительница троллейбуса нарушила правила движения и наехала на переходившую улицу гражданку.

А., 25 лет. Менструации с 14 лет, ходят правильным циклом, по 3—4 дня, через 30 дней. Половая жизнь 2 года. Беременность первая, срок 18 недель. Свидетельствуется дважды — 11/V и 20V/ 1945 г. Жалуется на тошноту, рвоту, головокружение, слабость, затруднения при дыхании. Беременностей, родов, аборт не имела. Вторичные половые признаки выражены хорошо: оволосение в подмышечных впадинах нормальное. На лице пигментация (пятна беременности). Молочные железы круглой формы, размер 20 × 22 см. Резкая пигментация грудных сосков и околососковых кружков. Представлена справка из консультации № 52 от 2 мая: имеется беременность 18—19 недель.

Артериальное давление 125/75 мм рт. ст. Со стороны сердца, органов дыхания и пищеварения отклонений от нормы не имеется. Анализ мочи: удельный вес 1018, следы белка, единичные лейкоциты. Анализ крови: Hb 56%, эр. 3 400 000, л. 8200, в. 1%, с. 16%, п. 1%, мон. 8%; РОЭ 28 мм в час.

Наружные и внутренние половые органы. Оволосение на половых органах выражено хорошо, белая линия резко пигментирована. Живот округлой формы, заметны полосы растяжения. Размеры таза: 30, 26, 25, 19 см. Высота дна матки 19 см, окружность живота 81 см. Слизистая входа во влагалище резко синюшной окраски, шейка матки цилиндрической формы, отверстие щелевидной формы закрыто.

При первичной экспертизе судебно-медицинский эксперт рассматривал наличие характерных жалоб, присутствие белка в моче, головокружение и сонливость как проявление токсикоза и сделал заключение, что после 16 недель следовало перевести на более легкую и менее ответственную работу. Эксперт принял во внимание данные П. П. Лазарева, который установил, что у беременных меняется чувствительность головного мозга и происходят изменения в адаптации глаз, а также исследования В. И. Алипова, И. И. Яковлева и др., которые показали, что как во время менструации, так и во время беременности при помощи электроэнцефалографии можно зафиксировать ряд изменений в центральной нервной системе. Приведенное заключение было опротестовано, была произведена экспертиза во второй инстанции, которая не подтвердила заключения первого эксперта и дала другое заключение следующего содержания: «По состоянию здоровья у А. не установлено каких-либо отклонений в течении беременности, в связи с чем медицинских противопоказаний к выполнению работы водителя не имеется и установленного отпуска по беременности в данное время не полагается».

С подобным дефектным заключением второй инстанции согласиться нельзя ввиду данных и обоснований первичной инстанции.

Этот пример ясно показывает, что при выяснении вопроса о наличии трудоспособности или утрате ее обязательно должен быть обследован весь организм. В ряде подобных случаев весьма целесообразно широкое использование обследования в стационаре. Это поможет подробнее выявить детали патологических процессов, установить прогноз излечения, а также границы восстановления и утраты трудоспособности, симуляцию и диссимуляцию, агравацию и пр., что, конечно, более доступно в стационаре благодаря большим диагностическим возможностям и непрерывности наблюдения в течение определенного срока. В стационарных условиях можно более точно определить и стойкость нетрудоспособности, т. е. инвалидности. Во всяком случае заключение стационара для эксперта имеет большое значение.

Обследование для установления утраты трудоспособности должно проводиться по плану, согласно которому прежде всего анализируются

жалобы, далее подробно разбирается анамнез, настоящее состояние свидетельствуемой и оцениваются документальные данные.

Что касается жалоб, то необходимо иметь в виду, что они нередко агравируются или свидетельствуемая не может их точно сформулировать. Особое внимание заслуживают боли, их локализация, характер, постоянство, сила. Среди жалоб большое значение имеют расстройства функций, которые тяготят больную, иногда составляя центральный пункт претензий свидетельствуемой, и указывают пути к диагностике. В ряде случаев при наличии большого количества разнообразных жалоб анатомических изменений констатировать не удастся, но, углубляясь в исследование нервной системы, можно найти объяснение многих жалоб. Иногда гинекологические жалобы отсутствуют. Между тем у свидетельствуемой гинеколог обнаруживает серьезную патологию: фибромиомы, кисты, эрозии, опущения половых органов и даже поражения раком первой и второй степени.

Поэтому весьма важно, как правило, производить гинекологическое исследование у всех женщин, направляемых на экспертизу, независимо от того, направлена ли она по поводу заболевания или повреждения.

Значение анамнеза при определении трудоспособности играет важную роль особенно у женщин, так как функции женского организма имеют много особенностей.

При собирании анамнеза необходимо вести опрос в функциональном направлении: менструальный цикл, половая жизнь, беременность, роды, аборт, секреторная функция (бели, выделения).

Значение нормально протекающих менструаций (своевременное начало и заканчивание, правильный цикл) не только дает представление о состоянии полового аппарата, но и является показателем состояния всего организма женщины в целом.

К патологии относятся: отсутствие менструаций, ограничение их, учащение с усилением, переходящее в кровотечения. Такие аномалии могут быть связаны с воспалением, наличием новообразований, механическими повреждениями физического и психогенного характера.

При нормальном состоянии организма и половой сферы физиологически менструации продолжаются на протяжении 30—35 лет. Удлинение менструального периода часто сигнализирует о намечающейся или начинающейся, или развившейся патологии: фибромиомы, воспалительные заболевания, смещения, эрозии, начало злокачественных процессов, последствия выкидыша — задержки оболочек, частей последа.

Частой причиной нетравматического характера могут быть хронические инфекции слизистой оболочки матки (эндометриты, изменения в ней — полипоз и пр.). Появление кровотечений при воспалении связано не только с изменением кровообращения (гиперемия, застой). Большую роль при этом играют токсины и их воздействие на стенки сосудов, изменение их проницаемости. Это наблюдается не только при общих инфекциях, но и при местных инфекционных заболеваниях.

Нарушения нейро-эндокринной системы, примером которых могут служить ановуляторные кровотечения, также должны получить соответствующую оценку при экспертизе. Кровотечения могут поддерживаться изменениями самой крови (понижение ее свертываемости), а также некоторыми общими заболеваниями, изменяющими состав крови, далее изменениями сердечно-сосудистой деятельности при пороках сердца, неврозах, психических воздействиях, различных потрясениях, при испуге, нанесении побоев и повреждений.

Имея дело с кровотечениями у свидетельствуемых, необходимо определить их причину, интенсивность, стойкость, влияние на организм и тру-

доспособность. Понятно, что здесь имеют значение не только данные анамнеза, но и данные осмотра свидетельствуемой.

Не менее важны сведения о половой жизни: начало ее, не явилась ли она источником половой инфекции и в чем это выразилось, какова давность заболевания и какой конечный успех лечения: не послужила ли половая жизнь травмирующим фактором. Следует выяснить, какими способами свидетельствуемая предохранялась от беременности, так как неправильно проводимая профилактика может быть источником разнообразных расстройств и заболеваний, например неэрозив, дисменореи, застоя в тазовой области, и явиться причиной болевого симптомокомплекса. Без всех этих сведений последний может быть ошибочно истолкован, например как результат травмы, нанесения побоев и прочих физических повреждений, которые свидетельствуемая стремится связать с имевшей место незначительной попыткой травмировать ее. Роль сексуальной физиологии и патологии достаточно полно охарактеризована основоположником отечественной гинекологии В. Ф. Снегиревым в его классическом труде «Маточные кровотечения».

Существенное значение имеют также данные об основной функции женского организма — функции деторождения: беременность, роды, послеродовой период, период кормления. Необходимо собрать данные о количестве родов, аборт, об их течении и исходах. Беременность, роды, послеродовой период и период кормления отражаются на всем организме в целом. При этом происходит функциональная перестройка всего организма, во время которой может усиливаться деятельность некоторых систем его — нейро-эндокринной, сердечно-сосудистой, обмена веществ и пр. В некоторых случаях может возникнуть патологический уклон в форме токсикозов — эклампсии, неэрозив и других патологических состояний. Беременность, роды и послеродовой период относятся к нормальным физиологическим процессам, которые в некоторых случаях под влиянием ряда внешних и внутренних условий становятся источником патологии, оставляющей след в организме. Иногда последствия акушерской травмы и патологии недостаточно серьезно оцениваются судебно-медицинскими экспертами, а свидетельствуемая по неведению, ошибке, а порой и преднамеренно настойчиво относит их за счет имевшей место травмы, которая фактически не оставила никаких следов или расстройств функции.

Большое внимание должно быть уделено возможности послеродовых заболеваний, протекающих в форме септических состояний с последующими пороками сердца (кардиты, эндокардиты). Родовой травматизм, обусловивший растяжение или разрыв промежности с опущением стенок влагалища и мочевого пузыря, должен также получить отражение и объективную оценку.

Особого внимания заслуживает комплекс патологии, связанной как с самопроизвольными, так и с искусственными абортами, особенно криминальными, которые являются источником многих последующих заболеваний (воспалительные заболевания, дремлющая инфекция, атрофия гипоталамий с последующим расстройством менструаций, бесплодие, неэрозив и пр.).

Соответствующей оценке должна подвергнуться возрастная патология, в частности проявления климактерического синдрома, который начинается обычно между 45 и 50 годами. К этому периоду обычно заканчивается овариально-менструальная функция и начинают проявляться симптомы неэрозивического характера, иногда развивается гипертония нейро-эндокринной этиологии, снижается работоспособность. При лабильности нервной системы в климактерическом периоде иногда рецидивируют, а в ряде случаев возникают первично психозы.

Вышеиз-
экспертизе т
но и умело
Статисти
20 до 40 лет
этому же
некологичес
ются среди
Женщины от
производство
чаще являютс
ности.
В числе
рольную роль
бруцеллез, ту
ничающие
поражения. К
в связи с про
редко ввид
довых процес
догания Инст
щиеся профес
ля, что у рабо
лений от норм
сались с пром
существенные
ни это относи
Работницы др
акушерской п
щины, представ
ских родов ска
исследованы д
домашних хозя
бытового хара
профессиональ
ных хозяек. В
мным родам
ичном матери
от избирательн
Было пров
го цикла на пр
но дням и изу
Выяснилос
ст, но затем бы
апарат женщи
стью и что он
предисстей, так
как указывалос
этому правил
ского организма
об ограничении
При специа
предприятиях т
в первой полов
(на 6,1%) прои

Вышеизложенное показывает, насколько важно и необходимо при экспертизе трудоспособности у женщин не только точно собрать анамнез, но и умело произвести анализ и синтез добытого материала.

Статистические и клинические данные показывают, что в возрасте от 20 до 40 лет большинство женщин (около 60%) беременеет и рождает, поэтому женщины данного возраста больше подвергаются акушерско-гинекологическому травматизму. Гинекологические заболевания встречаются среди них относительно чаще и нетрудоспособность несколько выше. Женщины от 18 до 45 лет составляют главный контингент работающих на производстве. В возрасте от 30 до 40 лет гинекологическая заболеваемость чаще является причиной для посылки на комиссию по нетрудоспособности.

В числе этиологических факторов ограничения трудоспособности огромную роль играют такие заболевания, как туберкулез, актиномикоз, бруцеллез, туляремия, токсоплазмоз, т. е. хронические заболевания, ограничивающие в разной степени трудоспособность в зависимости от степени поражения. Кроме того, ограничение трудоспособности может возникнуть в связи с профзаболеваниями. Эти формы встречаются в Советском Союзе редко ввиду довольно хорошей организации труда, оздоровления трудовых процессов и санитарно-технического надзора. Углубленные исследования Института по изучению профессиональных заболеваний, касающиеся профессиональной патологии в акушерстве и гинекологии, показали, что у работников ряда профессий не найдено резких и типичных отклонений от нормы, за исключением тех случаев, когда работницы соприкасались с промышленными ядами. Например, у шашборщиц констатированы существенные нарушения производительной функции. В меньшей степени это относится к табачницам, еще в меньшей степени к калошницам. Работницы других профессий, за исключением ткачих, с точки зрения акушерской патологии ничем не выделялись. Показательно, что у женщин, представляющих 5—7 изучавшихся профессий, число патологических родов сказалось даже ниже, чем у домашних хозяек, которые были обследованы для сравнения. Это объясняется тем, что в укладе жизни домашних хозяек имеется ряд не поддающихся учету вредных моментов бытового характера. Зато самопроизвольный аборт у разнообразных профессиональных групп, как правило, наблюдается чаще, чем у домашних хозяек. В меньшей степени это наблюдение относится к преждевременным родам. Кроме специальных обследований, наблюдения на больничном материале показали, что профессиональные вредности не действуют избирательно на половую сферу, а отражаются на всем организме.

Было проведено также изучение влияния овариально-менструального цикла на производительность труда у женщин путем учета выработки по дням и изучения сравнительной утомляемости.

Выяснилось, что в дни менструации трудоспособность женщины падает, но затем быстро восстанавливается. Нужно иметь в виду, что половой аппарат женщины отличается значительной биологической устойчивостью и что он не является единственным объектом профессиональных вредностей, так как последние могут поражать все системы организма. Как указывалось выше, имеются вредные влияния и бытового характера, поэтому правильнее говорить о профессионально-бытовой патологии женского организма. Все это должно быть учтено при экспертизе по вопросу об ограничении или потере трудоспособности у женщин.

При специальном исследовании А. Г. Дзелядзе, проведенном на предприятиях текстильной промышленности, установлено, что у женщин в первой половине беременности отмечается незначительное снижение (на 6,1%) производительности труда. Однако хронометрическая загрузка

рабочего дня показала, что беременные в течение 25 рабочих дней отвлекаются на 9 часов на нужды, связанные с беременностью, чем и объясняется снижение производительности труда. В общем же беременные текстильщицы, работающие в ткацком и подготовительных цехах, каким-либо специфическим вредностям не подвергаются.

Все это при изучении анамнеза должно быть принято во внимание, особенно при установлении инвалидности в связи с профессией, например в вопросе о связи туберкулеза и хронического нефрита с химическим производством и т. д. Гинекологический анамнез в некоторых случаях позволит выявить основной этиологический момент заболевания.

Таким образом, основываясь на ряде работ о профессиональных вредностях, можно прийти к заключению об отсутствии каких-либо специальных профессиональных вредностей для женской половой сферы. Вредные воздействия на генеративные процессы относительно редки.

Гораздо чаще специфические особенности труда при некоторых профессиях могут явиться моментом, отягощающим и ухудшающим уже ранее существовавшие заболевания. Например, у женщин, занятых на производствах, связанных с пылью, при недостаточном медицинском надзоре могут развиваться катаральные вульвовагиниты, эндометриты.

Длительное однообразное положение тела в стоячем или сидячем положении отрицательно сказывается на состоянии костно-мышечной системы. Неблагоприятно влияет застой крови в брюшной и тазовой полостях.

При оценке трудоспособности необходимо исследовать морфологические и функциональные особенности данного организма, состояние костной системы, связочного аппарата, мышечной системы, проверить, имеется ли повышенное внутрибрюшное давление, застой крови, опущение, выпадение стенок влагалища, отклонения и изменения в положении матки, растяжение промежности, рубцы после разрывов ее.

Методика установления трудоспособности при гинекологической заболеваемости

До сих пор сохранилась система исчисления трудоспособности и потери ее в процентах. При установлении социально-страховой, профессиональной инвалидности в настоящее время различают три группы, в 1917 г. таких групп было пять, а в 1921 г. — шесть. Для каждой группы имеются особые таблицы. Для правильной и объективной экспертизы требуется логически построенное экспертное мышление, устанавливающее рациональную градацию нетрудоспособности.

Для оценки степени утраты трудоспособности у женщин в Бюро Московской городской и Московской областной судебно-медицинской экспертизы принята классификация, в которой акушерско-гинекологические заболевания и дефекты развития и отклонения от нормы систематизированы в семь групп.

1. Пороки развития, которые составляют тысячные доли процента.
2. Воспалительные заболевания, которые представляют наибольшую группу и встречаются у 30—50% всех свидетельствуемых.
3. Доброкачественные новообразования (фибромы, кисты, миофиброз матки и др.) встречаются у 10—15%.
4. Злокачественные новообразования (злокачественные факы, саркомы, хорионэпителиомы и др.).
5. Механические повреждения как результат родов и аборт (разрывы промежности с опущением или выпадением влагалищных стенок, мочевого пузыря, прямой кишки, матки).

6. Неправильные положения матки, сопровождающиеся стойкими функциональными изменениями (перегиб матки, сращение со стенками таза и др.) встречаются у 12—16%.

7. Механические повреждения в связи с несчастными случаями и другой этиологии.

В приведенную классификацию не вошли функциональные заболевания, носящие характер симптомокомплекса: кровотечения в форме расстройств овариально-менструального цикла, аменорея, дисменорея и др. Такие болезни лечат в лечебных учреждениях, и на время лечения при нетрудоспособности больные имеют больничный лист.

При трудовой экспертизе часто не представляется возможным при однократном осмотре окончательно провести экспертизу, так как одного осмотра для заключения бывает недостаточно и необходимо представить ряд документов: 1) заверенную копию истории болезни с заключением — эпикризом — лечащих врачей; 2) лабораторные анализы мочи, крови на реакцию Вассермана и пр.; 3) рентгенограммы; 4) иногда результаты испытания в стационаре с клиническим заключением; 5) документацию о полученном повреждении, увечье, произведенных операциях.

Документы должны быть выданы официальными учреждениями, удостоверены или нотариально заверены.

При повторных экспертизах представляются прежде выданные документы и в случае надобности повторяются анализы, рентгенография и другие диагностические методы.

Рассмотрим выделенные выше 7 групп.

Первая группа. Сюда входят двурогая матка, двойное влагалище, добавочный рог матки, а также заращения влагалища, заращенная девственная плева, в результате чего наступает скопление крови в матке (гематометра) и трубах (гематоцеле). Все эти уродства могут быть устранены хирургическим путем. В таких случаях утрата трудоспособности носит временный характер на период лечения и нахождения в лечебном учреждении. Подобные случаи относятся к компетенции ВКК.

При сложных уродствах, например отсутствии матки, влагалища, а также при гермафродитизме, несмотря на утрату некоторых функций, говорить о потере трудоспособности не приходится. В этих случаях понижение трудоспособности может явиться результатом нарушения правильной функции центральной нервной системы и психики, так как гермафродиты очень часто являются неуравновешенными субъектами и невропатиками. В подобных случаях вопрос рассматривается в разрезе определения пола и вменяемости, если этого требуют обстоятельства дела.

Вторая группа — самая обширная. В нее входят воспалительные процессы, возникшие в связи с гинекологическими заболеваниями и последствиями перенесенных операций, препятствующие выполнению некоторых трудовых процессов, в связи с воспалительными заболеваниями после осложненных родов или абортов, которые могут давать обострения и являться этиологическим фактором стойких изменений не только в половой сфере, но и в состоянии всего организма и обостряются под влиянием травмы.

Основным этиологическим фактором этой группы служит инфекция самого разнообразного характера: послеродовая, послеабортная, гонорейная, кишечная, гриппозная, которая у гинекологических больных, а также у беременных часто служит источником всевозможных осложнений.

В Советском Союзе борьба с венерическими заболеваниями благодаря профилактике и рациональному лечению стоит на высоком уровне, и гонорейные заболевания встречаются относительно редко. Последствия гонорей очень тяжело отражаются на трудоспособности, так как вызы-

вают большие изменения в тазовых органах, служат причиной развития спаечных процессов, обострений, что надолго выводит женщину из строя, особенно если эти формы приобретают хроническое течение.

Эксперту приходится иметь дело главным образом с заболеваниями, перешедшими в хроническую стадию. В зависимости от размеров поражения и профессии подобные случаи большей частью относят к третьей группе с переосвидетельствованием через полгода, с советом подвергнуться систематическому лечению (грязелечение, парафинотерапия, физиотерапия и пр.). При наличии больших трубно-яичниковых опухолей воспалительного характера, со спайками, расстройством мочеиспускания изменения относятся ко второй группе с переосвидетельствованием через полгода и рекомендацией лечения. Временная потеря трудоспособности составляет 30%. Если при тех же трубно-яичниковых опухолях острые явления отсутствуют, трудоспособность понижается меньше — на 15—25%. Рекомендуются лечение и назначается переосвидетельствование через полгода, так как за это время рациональное лечение или операция могут изменить к лучшему течение и привести к излечению.

У большинства подобных больных (длительно болеющих, хронически больных) создается приспособляемость и привыкание к своему заболеванию, так что они могут выполнять без особого напряжения нетрудную работу, и потеря трудоспособности у них оценивается в 10—15% с запрещением тяжелой работы в длительно вынужденном положении, на что указывается в акте освидетельствования.

Серьезным моментом при определении потери или, чаще, ограничения трудоспособности является оценка особенностей трудового процесса, выполняемого свидетельствуемой, а именно сущность и характер выполняемой работы (стоя, сидя, длительная ходьба, тяжелая физическая работа с поднятием тяжестей, резкая тряска и пр.). Сюда относятся профессии писмоносцев, носильщиков, швей (ножные машины), продавцов-лоточников и многие другие.

При наличии хороших бытовых условий и доступности амбулаторного лечения процент снижения трудоспособности уменьшается.

Третья группа. Сюда входят фибромиомы, фиброзная метростазия, кисты, липомы. При установлении процента потери или ограничения трудоспособности необходимо подходить к свидетельствуемой сугубо индивидуально.

Фибромиомы у женщин наблюдаются в 10—15% случаев, причем приблизительно у 15% протекают бессимптомно. Согласно директиве XVIII Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов бессимптомные фибромиомы не требуют лечения. Злокачественное перерождение при фибромиомах встречается у 2—3% больных, что установлено на большом материале. В случаях, когда ясно выраженных функциональных нарушений не имеется, т. е. отсутствуют кровотечения, анемия, картина крови спокойная, нет болей, сердечно-сосудистая система без изменений (миомное сердце), экспертиза дает заключение о нормальной трудоспособности. При больших опухолях со смещением органов, давлением на пузырь (дизурия), прямую кишку, сращениями с окружающими органами, при быстром росте, кровотечениях, анемии имеет также значение формула крови, давность существования опухоли, возраст больной, наличие болевого симптомокомплекса. В подобных случаях устанавливают вторую группу (50—60% утраты трудоспособности) и дают совет подвергнуться операции с переосвидетельствованием через год. Необходимо помнить, что наличие упорных кровотечений, ускоренный рост опухоли, размягчение отдельных участков ее, температура, боли относятся к спутникам злокачественного перерождения.

Фибромиомы в климактерическом возрасте небольшой величины, без болей, сращений, не вызывают потери трудоспособности.

Некрsvоточающие полипы шейки матки, случайно обнаруженные при общем обследовании свидетельствуемой, дают повод посоветовать подвергнуться операции с последующим микроскопическим исследованием. Кровоточающие шеечные полипы обуславливают кратковременную нетрудоспособность (по больничному листу) на время оперативного пособия и послеоперационного периода.

При наличии кист приходится считаться с величиной опухоли, с взаимоотношением ее с окружающими органами, спайками, с наклоном к перекручиванию, с болями. Небольшие кисты (5×5 см) обычно не приводят к утрате трудоспособности или способствуют незначительному понижению ее (на 10—15%). Свидетельствуемой рекомендуется операция. Переосвидетельствование назначается через полгода.

При средней величине кист (10×10 см) процент утраты трудоспособности при тех же условиях повышают до 30—40, назначая переосвидетельствование через полгода. Дается совет сделать операцию.

При очень больших кистах (величиной с голову новорожденного и больше) нетрудоспособность повышается до 50%, рекомендуется переосвидетельствование через год. При признаках злокачественного перерождения (водянка, похудание, изменения крови, положительная реакция Ашгейма — Цондека) процент нетрудоспособности увеличивается до 75, т. е. дается первая или вторая группа.

При злокачественных опухолях огромное значение имеет точность диагностики, стадия заболевания, симптомы кахексии, состояние пузыря и прямой кишки. Утрата трудоспособности в подобных случаях дает право на первую или вторую группу, а при необходимости постороннего ухода составляет 100%.

Больные, подлежащие операции, направляются к хирургу и на лучевую терапию. После операции из профилактических соображений требуется сохранение той же группы. Физический труд таким больным противопоказан. Они нуждаются в систематическом наблюдении в лечебных учреждениях — онкологических диспансерах. К больным с другими злокачественными заболеваниями (саркома, хорионэпителиома и пр.) требуется аналогичный подход. В этих случаях необходимо заключение стационарного лечебного учреждения. При этом возможна уточненная диагностика, рентгеноскопия, биопсия, биологические реакции: определение канцеролитического индекса, реакция Ашгейма — Цондека и пр. Утрата трудоспособности выражается в 70—100%. При девиации (неправильное положение матки, опущение влагалища, выпадения его стенок с частичным опущением мочевого пузыря и прямой кишки) необходимо различать ту или иную степень изменений и функциональных расстройств, стойкость их, этиологию (родовая травма или внешние причины, механические повреждения, перенапряжение). Наклонения матки кзади и вбок, перегибы ее кзади и кпереди с сохранением подвижности, т. е. при отсутствии спаек, не дают стойкого ограничения трудоспособности. В подобных случаях сопровождающая их симптоматика (дисменорея, расстройства оварияльно-менструального цикла, бесплодие, боли, бели и пр.) требуют лечения, а при наличии временной нетрудоспособности — освобождения от работы, которое дает лечащий врач через ВКК. Здесь в основном преобладают функциональные изменения, которые под влиянием внешних и внутренних причин могут обуславливать ту или иную форму патологии, причем соответствующее лечение и изменение этих условий могут привести к положительным результатам.

При поднятии матки вверх со спайками, ограничивающими ее подвижность, например после операции вентрофиксации, при наличии расстройств со стороны мочевого пузыря, болей и прочих симптомов, возникающих в связи с ненормально стойким положением матки, трудоспособность ограничивается, так как при этом выполнение тяжелой физической работы с поднятием тяжестей, напряжением и сгибанием туловища ограничено и сопровождается болью, в связи с чем трудоспособность понижается на 25—30%.

Частичные опущения стенок влагалища и матки первой — второй степени по тем же причинам, в зависимости от профессии, ограничивают трудоспособность на 15—20%. Предлагается переосвидетельствование через год, причем рекомендуется оперативное лечение.

Полные, невосправимые выпадения матки, пузыря, прямой кишки представляют собой тяжелые нарушения функций важных органов. При наличии их трудоспособность снижена, в зависимости от профессиональной работы и возраста, до 50—60%. Рекомендуется применение операции и переосвидетельствование через год.

При оценке подобных заболеваний, нарушения статики, наличия функциональных отклонений возникают общие теоретические вопросы: значение состояния костно-мышечной системы, в частности угол наклона таза, возрастные изменения, значение климактерического возраста, сенильных изменений. Так, при климактерическом периоде девиации обычно исчезают, зато в связи с атрофией и наступающей слабостью мышц и связочного аппарата появляется предрасположение к выпадению генитального аппарата, чему может способствовать тяжелый физический труд. Далее следует принимать во внимание, что у пожилых первородящих значительно чаще, уже при первых родах, наступают разрывы промежности и нарушение тонуса тазового дна. Все травматические повреждения в связи с процессом родов стоят в полной зависимости от родовой или послеоперационной травмы. Разрывы промежности первой степени обычно не влекут за собой потери трудоспособности. Разрывы второй степени обуславливают потерю трудоспособности только в тех случаях, когда они сопровождаются выпадением или опущением влагалищных стенок. При разрывах третьей степени, т. е. при нарушении не только тазового дна, но и сфинктера прямой кишки, сопровождающихся частичным или полным недержанием газов и кала до операции или после неудачной операции, не устранившей указанных расстройств функции, потеря трудоспособности или ограничение ее находится в зависимости от общего состояния свидетельствуемой и исчисляется 35—45%. Назначается переосвидетельствование через полгода или год, рекомендуется операция.

Мочеполовые и каловые свищи, операбельные в зависимости от размера их, давности существования и состояния всего организма, при необходимости ухода вызывают потерю трудоспособности на 60%. Свидетельствуемой дают совет произвести операцию и назначают на переосвидетельствование через год. Мочеполовые и каловые свищи, неоперабельные и рецидивирующие, при необходимости ухода, явлениях упадка питания и наличии общих изменений организма дают 100% утраты трудоспособности.

Седьмая группа. Механические повреждения и последствия их, обусловленные несчастными случаями (железнодорожная, автомобильная катастрофы, обвалы и пр.), встречаются, но благодаря естественному защитному положению половых органов у женщин в большинстве случаев не оставляют повреждений. Однако при вышеуказанных катастрофах наблюдаются случаи перелома костей таза, которые не всегда закан-

чиваются правильным сращением, оставляют экзостозы и нарушают симметричность тазового кольца и полости таза, что в дальнейшем может послужить препятствием во время родов. Нам приходилось наблюдать несколько подобных случаев, когда свидетельствуемые жаловались на костные боли. Рентгеновские снимки подтвердили неправильно сросшиеся переломы тазовых костей и наличие экзостозов. Утрата трудоспособности от 30 до 50%.

У одной свидетельствуемой имелся разрыв промежности третьей степени и разрыв прямой кишки, которые были нанесены бодавшим ее быком. После операции остались рубцы. При освидетельствовании через 3 месяца они оказались неокрепшими и при исследовании вызывали боль. Ввиду противопоказаний к поднятию тяжестей и напряжению при выполнении тяжелой физической работы понижение трудоспособности в этом случае было исчислено в 30%.

В заключение следует сказать, что иногда трудно абсолютно отрицать возможность травматической связи и ее влияние в тех случаях, когда при подробном обследовании свидетельствуемой не устанавливается явных причин. В случаях, когда нет документальных данных, а объективное исследование не открывает той или иной патологии, на которую свидетельствуемая указывает в своих жалобах, приходится высказываться только предположительно и, если этиологию случая невозможно выяснить амбулаторно, следует подвергнуть больную исследованию в стационаре.

Экспертиза понижения или утраты трудоспособности в связи с половой жизнью при бракоразводных делах производится по требованию суда, который ставит перед экспертизой вопрос, имеется ли в данном случае утрата трудоспособности, а если имеется, то в какой степени и связана ли утрата с половой жизнью, браком.

В этих случаях устанавливают последствия родов, аборт, гонорейной или послеродовой инфекции. К ним относятся разрывы промежности разной степени и тяжести, т. е. с выпадением влагалищных стенок, мочевого пузыря, разрывами прямой кишки с вытекающими отсюда функциональными расстройствами, что является причиной ограничения трудоспособности, в частности при занятии тяжелым физическим трудом.

Сюда же относятся случаи, когда в результате аномалий течения родов и беременности применялись операции, давшие осложнения в виде послеоперационных рубцов, послеоперационных грыж, расхождения прямых мышц живота, мочеполовых свищей и пр., нарушившие функции органов и систем или ограничивающие их, или препятствующие выполнению тяжелой физической работы. Сюда же относятся анкилозы суставов в результате перенесенного септического заболевания после родов или аборта и другие серьезные стабильные осложнения, которые действительно вызывают значительное понижение трудоспособности и граничат с инвалидностью. Большую группу и при этой экспертизе составляют воспалительные заболевания в результате абортов и родов, периметриты, параметриты, перисальпинго-оофориты в хронической форме как последствия гонорей, причем свидетельствуемая документально доказывает заражение ее мужем.

При подобных экспертизах суд предлагает установить наличие, степень и время утраты трудоспособности, в частности связано ли понижение трудоспособности с половой жизнью.

При этом необходимо иметь в виду, что если свидетельствуемой предлагается оперативное лечение, а она от него отказывается, то ее никто не может заставить или принуждать к этому. Упоминаем об этом потому, что свидетельствуемая может явиться через указанный в акте срок (через год, полгода) на переосвидетельствование с теми же дефектами и

симптомами, и при направлении судом ей не может быть отказано в пересвидетельствовании.

При этом виде экспертизы следует различать степень утраты общей, профессиональной и специальной трудоспособности, характер заболевания, его распространенность, а в хронических случаях, частоту рецидивов, стабильность заболевания, т. е. стойкий, необратимый характер его или, наоборот, возможность излечения через известный срок при специальном лечении.

Эксперт должен установить или отвергнуть взаимосвязь между заболеваниями женской половой сферы и остальных органов и систем, а тем самым и с состоянием всего организма. Поэтому при экспертизе инвалидности он должен сосредоточить свое внимание на всем организме женщины и особенно на состоянии ее нервной системы. Примеров такой взаимосвязи можно привести значительное количество. Так, при аменорее и других нарушениях овариально-менструального цикла, а также при беременности встречаются всевозможные формы дерматозов. При различных опухолях (кисты, фибромиомы большой величины) вследствие значительной нагрузки на органы кровообращения нередко развиваются расстройства сердечно-сосудистой системы (так называемое миоменное сердце).

Климактерический синдром, кроме возрастных изменений гениталий, сопровождается рядом симптомов, обуславливающих расстройство нервной системы, которое иногда достигает степени психозов. Болезни суставов, артриты, экзостозы, остеофиты, хронические полиартриты (polyarthritis de formans) свойственны женщинам климактерического периода и иногда встречаются при раннем наступлении его.

Имеются наблюдения о связи приступов и обострений желчнокаменной болезни и язвенной болезни (В. С. Груздев) с функцией гениталий у женщин. О тесной связи между болезнями половых органов и расстройствами нервно-психической сферы у женщин, а также нормального и патологического течения менструаций, беременности и родов с общим состоянием организма накопилось много обоснованных наблюдений.

Все вышеизложенное указывает на задачи, стоящие перед экспертом, и подчеркивает лежащую на нем ответственность при решении вопроса об утрате трудоспособности или ограничении ее.

СВЯЗЬ ОПУЩЕНИЯ И ВЫПАДЕНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ С ТРАВМОЙ

Частота неправильных положений матки среди разнообразных гинекологических заболеваний, в том числе и пролапса, колеблется в пределах от 30 до 55 %. Неправильность положения матки, в том числе и ее опущения, зависит от суммы разнообразных факторов: от врожденного дефекта связочного аппарата, дефектов развития матки, ослабления устойчивости ткани как конституционально врожденной, так и приобретенной. Такая неустойчивость и ослабление тканей чаще всего вызывается после родов и послеабортной травмой, а также теми воспалительными заболеваниями, при которых происходит ослабление всего организма и на этой почве неправильная инволюция матки. Подобные изменения нередко возникают вследствие инфекционных воспалительных заболеваний как детского, так и пожилого возраста. Иногда они являются прямым результатом механического воздействия со стороны соседних органов при повышении внутрибрюшного давления, а также новообразований и в некоторых случаях зависят от особенностей профессиональной работы, являясь преимущественно следствием длительного пребывания в верти-

кальном положении (стояние). Они могут, кроме того, быть связаны со многими другими факторами, имеющими спорное значение, поэтому мы о них не упоминаем.

Опущение и выпадение матки являются частым проявлением общего энтероптоза — опущения брюшных и тазовых органов. Практически важно, что чаще всего опущения и выпадения матки являются последствием оперативного родоразрешения (щипцы, поворот, извлечение плода, обширные разрывы промежности и влагалища и т. п.). В этиологии энтероптоза и грыжи отмечается параллелизм. Однако этот параллелизм не является абсолютным правилом. Еще недавно утверждали, что раннее вставание и ранняя выписка после родов могут явиться поводом к наступлению опущения и пролапса, однако в настоящее время эта точка зрения оспаривается и даже отвергается. По проверенным наблюдениям, раннее вставание и гимнастика в послеродовом периоде оказывают благоприятное воздействие на функции организма и предупреждают выпадение и опущение женских половых органов. По характеру и времени наступления выпадения можно разделить на четыре группы:

1. Выпадения у девушек и нерожавших, причиной которых чаще всего бывает нарушение роста скелета и неправильное развитие и формирование его (*spina bifida occulta*). Если у таких лиц одновременно отмечается ожирение, то оно в большинстве случаев бывает эндокринного происхождения.

2. Выпадения половых органов у женщин, наступающие вскоре после родов. В этих случаях, кроме влияния послеродовой травмы, важно оценить дефекты развития скелета в виде *spina bifida occulta*.

3. Выпадения матки и влагалища, наступающие в предклимактерическом или климактерическом возрасте. Причина таких выпадений и опущений связана с возрастной прогрессирующей потерей тканями эластической устойчивости.

4. Выпадения и опущения у старых.

Основным вопросом для эксперта является вопрос о возможности возникновения опущений и выпадений матки в связи с несчастными или травматическими случаями. На такой вопрос приходится давать почти отрицательный ответ. Следует признать, что подобная причина выпадений и опущений относится к очень редким явлениям. В мировой литературе зарегистрировано лишь несколько случаев, которые могут претендовать на достоверность такой связи.

Несчастный случай — травма — может быть признан причиной выпадения только при наличии тяжелых повреждений связочного и мышечного аппарата или если в момент травмы создались условия для наступления неожиданного и сильного повышения внутрибрюшного давления, когда, действительно, может наступить острое опущение или выпадение женских половых органов.

Другой, не менее важный вопрос: при какой степени тяжести работы можно установить связь между травматизмом и наступлением опущения или выпадения матки? В этом направлении существуют ориентировочные или выпадения матки? В этом направлении существуют ориентировочные экспериментальные данные, полученные при исследовании 1500 женщин (И. И. Окунева, Штейнбах и Л. Щеглов), выяснено, что у женщин с нормальным положением матки предельно допустимым при подъеме с грузом является груз весом 20 кг. Внутрибрюшное давление при подъеме женщинами груза до 20 кг повышается лишь незначительно. Важно заметить, что одно гинекологическое исследование и измерение внутрибрюшного давления не дает объективной возможности определить степень изменения положения матки, а следовательно, и степень опущения и выпадения. Для этого требуется клиническое наблюдение.

Гюсси приводит один случай опущения матки в связи с поднятием тяжести. Этот случай относится к женщине 30 лет, многорожавшей, которая до поднятия тяжести, по-видимому, была здоровой. Она подняла корзину с сахаром весом в 25 кг и внесла ее на 3-й этаж. Достигнув 3-го этажа она почувствовала боль внизу живота, чувство давления на низ. Приглашенный врач консультировал загиб матки кзади и опущение влагалища и матки. Под влиянием лечения женщина вскоре поправилась. Интересно указать, что страховой врач не признал в этом случае прямого влияния травмы на выпадение влагалища и матки, а усмотрел предрасположение у больной к этому в связи с бывшими родами. Заключение по этому поводу было таким, что поднятие тяжести лишь способствовало выявлению предсуществовавших симптомов выпадения.

Другой случай острого выпадения влагалища и матки, описанный Мартином, относится к здоровой женщине 31 года, у которой после поднятия на 3-й этаж тяжелой корзины с грузом наступил коллапс. При осмотре было установлено, что из половой щели свешивалась темно-синяя масса, которая оказалась выпавшей маткой и влагалищем.

В этом случае, по-видимому, также имелось предрасположение в виде общей слабой конституции связочного аппарата, и поднятие тяжести сыграло лишь провоцирующую роль.

Таким образом, эксперту в случаях, когда требуется дать заключение о прямом влиянии травмы на опущение или выпадение женских половых органов, следует подвергнуть больную не только тщательному исследованию, но и испытанию в клинических или стационарных условиях. При экспертизе надо учесть все факторы как в отношении всего организма, так и тех условий, связь которых с выпадением должна быть установлена или отвергнута.

Связь конституции с опущением и выпадением матки существует, но в ряде случаев она условна. По нашим клиническим данным, опущения и выпадения встречаются при несовершенной конституции в 40% случаев. При экспертизе по этому вопросу приходится чаще всего отвечать на ряд вопросов, поставленных судом. Поэтому ниже мы приводим пять наиболее часто встречающихся вопросов и ответов на них.

1. Может ли выпадение в данном конкретном случае быть отнесено исключительно к влиянию травмы при несчастных случаях или выпадение, хотя бы частично, предсуществовало?

При ответе на этот вопрос важно оценить данные анамнеза и предшествующие изменения женской половой сферы. У ослабленных или многорожавших с осложненными родами в анамнезе можно допустить бывшую травму как причину, обуславливающую разную степень выпадений или опущений.

2. Достоверно ли данное конкретное заявление о несчастном случае?

Только тяжелые несчастные случаи с серьезным ранением в области малого таза или сильное повышение внутрибрюшного давления как результат падения со значительной высоты на ягодицы действительно могут вызвать выпадение или опущение женских половых органов.

3. Имеются ли в данном конкретном случае врожденные или приобретенные признаки, свидетельствующие о предрасположении к выпадению и пролапсу?

Для построения ответа на этот вопрос нужно обратить серьезное внимание на общее сложение обследуемой, в частности на признаки энтероптоза, далее на существование рубцов от разрывов в области генитального кольца.

4. Если внезапность жалоб значительна, можно ли предполагать, что причина выпадения или опущения стоит в прямой зависимости от данного несчастного случая?

Выпадение или опущение может только тогда быть прямым последствием несчастного случая, если имеются очень большие изменения: сильные боли, застойные явления, внезапно наступившее кровотечение

и особен
мени с
3. И
существо
Отве
лишь на
насколь
картино
тить, что
состояни
общего
логическ
твержде

и особенно если такие внезапные жалобы и симптомы совпадают по времени с травмой.

5. Идет ли речь в данном конкретном случае об ухудшении ранее существовавшего выпадения или опущения?

Ответ на такой вопрос труден, так как по существу основывается лишь на степени соответствующих жалоб истицы. Все зависит от того, насколько правильны жалобы и насколько они совпадают с клинической картиной настоящего состояния половых органов женщины. Надо заметить, что повреждения в связи с несчастным случаем могут ухудшать состояние пролапса. Так же важно принимать во внимание степень общего повреждения организма независимо от уже имевшегося гинекологического заболевания. Кроме того, необходимо документальное подтверждение и описание характера и силы полученной травмы.

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В ДЕЛАХ О РАСТОРЖЕНИИ БРАКА

Указ Президиума Верховного Совета СССР от 8 июля 1944 г. определил порядок расторжения брака через суд по заявлению одного из супругов.

Постановлением Пленума Верховного Суда СССР от 16 сентября 1949 г. указывается, что судебные органы проявляют недостаточное понимание политического значения Указа Президиума Верховного Совета СССР от 8 июля 1944 г. и допускают ошибки при рассмотрении дел о расторжении браков.

Среди причин, указываемых разводящимися в исках о расторжении брака, имеются случаи, в которых требуется и является обязательной судебно-медицинская экспертиза.

Подобные судебно-медицинские экспертизы весьма ответственны и в ряде случаев не могут ограничиваться одним осмотром супругов, но требуют и клинического испытания, особенно в делах расторжения бесплодных браков. К числу причин, фигурирующих как мотив к разводу, мужья жалуются на неспособность к совокуплению у жены. Судебно-медицинская практика Московской городской и Московской областной судебно-медицинской экспертизы показывает, что фактически этот дефект у женщин встречается весьма редко.

Однако в некоторых случаях могут реально существовать патологические условия как общего, так и местного характера, препятствующие женщине совершать половой акт.

К этим заболеваниям относится прежде всего вагинизм, который выражается в резком судорожном сокращении мышц влагалища и промежности и в чрезвычайной чувствительности при прикосновении к половым органам и влагалищу с наличием настолько сильно выраженной боли, что половое сношение оказывается невозможным (*vaginismus spastica*). Боль бывает резко выражена и может сопровождаться обмороком с потерей сознания. В таких случаях невозможным бывает не только совокупление, но и гинекологическое исследование, так как острая спазматическая боль при прикосновении ко входу во влагалище сопровождается общим нервным состоянием, дрожью, страхом, судорожным сокращением мышц всего тела. Подобные болезненные состояния могут повести к общим расстройствам организма.

Первичные формы вагинизма обнаруживаются только при первой попытке к половой жизни, в первый же день замужества, когда девственная плева еще не нарушена и когда всякие попытки нарушения ее оказываются бесплодными. Это часто зависит от нарушений в центральной

нервной системе. В таких случаях ставится вопрос о неспособности к со-
вокуплению.

Вторичные формы вагинизма возникают у женщин, уже живущих
половой жизнью и рожавших. Невозможность половых сношений вслед-
ствие вагинизма развивается у них при наличии различных опухолей,
закрывающих вход во влагалище (например, мешотчатые, полипозные
опухоли), резко выраженного выпадения стенок влагалища и матки, зна-
чительного сужения или заращения влагалища на почве деструктивных
воспалительных процессов, при ненормальном состоянии девственной
плевры (чрезмерная плотность, хрящеватость, отсутствие отверстия в ней,
т. е. наличие так называемой непроходимой, слепой девственной плевы).

Различные формы вагинизма могут быть в большинстве случаев из-
лечимы применением консервативных и хирургических методов терапии.
Однако встречаются неизлечимые формы или такие случаи вагинизма,
этиология которых тесно связана с общим состоянием организма, пред-
ставляя собой общее тяжелое заболевание нервной системы.

В задачу судебно-медицинской экспертизы входит установление той
или иной формы данного заболевания и факта неспособности к половой
жизни на этой почве. Для подобного заключения в ряде случаев необхо-
дима совместная экспертиза гинеколога, невропатолога и психиатра.
Кроме того, в каждом подобном случае обязательна экспертиза мужа
свидетельствуемой женщины.

Иск о разводе может быть основан на врожденной неспособности
к половым сношениям.

Случаи тяжелых уродств, например наличие врожденного отсутствия
влагалища, дают основание для заключения о неспособности к половой
жизни, однако такие случаи представляют исключительную редкость.

Самым частым иском по расторжению брака, по материалам Москов-
ской городской и Московской областной экспертиз, является бесплодие
женщин или половая неспособность мужчин.

При установлении факта бесплодия как причины невозможности за-
чатия, вынашивания плода и родов возникает ряд вопросов, относящихся
к клинической гинекологии.

Существенным вопросом является срок производительной функции,
критерием которой до известной степени является продолжительность
менструаций, а тем самым и овуляции, хотя в редких случаях овуляция
может продолжаться и без менструации (аменорея военного времени
и пр.). Продолжительность менструаций от 30 до 35 лет.

Менструации в среднем начинаются в возрасте 14—16 лет и закан-
чиваются в возрасте 48—50 лет и раньше. Более поздний и продолжи-
тельный период наличия менструации может свидетельствовать о пато-
логических процессах. К аномалиям менструаций в отношении измене-
ний их цикла, уменьшения отделяемой крови надо относиться с большой
осторожностью при даче заключений, так как в литературе известны
случаи наступления беременности спустя долгое время после прекраще-
ния менструаций. Курти (Франция) сообщает о случае, когда у женщины
менструации прекратились на 44-м году жизни, на 46-м году возобно-
вились, год продолжались правильно, и в этот промежуток она заберемене-
ла, родила нормального, здорового, доношенного ребенка.

Переходим к вопросу о женском бесплодии, которое нередко бывает
предметом судебно-медицинской экспертизы, так как бесплодие женщины
может явиться причиной для иска о расторжении бесплодного брака.

При судебно-медицинской экспертизе требуется обследование обоих
партнеров (мужчины и женщины) для выявления способности к оплодо-
творению и зачатию.

Различают первичное бесплодие, которое встречается, по наблюдениям разных авторов, в 31,5—66 % случаев бесплодия, и вторичное, которое наблюдается в 34—68 % случаев.

Причины бесплодия разнообразны: заращение девственной плевы, тяжелые формы ватинизма, анатомо-физиологические отклонения влагалища (например его малая длина), полное заращение его, патологические выделения, наличие патогенной флоры — гонококков, трихомонадной флоры, молочницы и т. д.

Изменения со стороны матки: недоразвитие ее — инфантилизм, неправильное положение с перегибом вперед или загибом назад, общее уменьшение матки могут являться причиной бесплодия в 10—20 % случаев. Подобные дефекты требуют лечения. Миоматозные изменения матки могут ограничивать способность к зачатию, а коническая шейка с точечным отверстием и неправильное ее положение с загибом вперед, к симфизу понижать шансы на зачатие.

Далее имеют значение изменения со стороны придатков матки: двусторонние кисты яичников, их кистозное перерождение, высокое (выше безымянной линии) стояние яичников, характерное для инфантилизма; удлинение маточных труб, длительные, рецидивирующие воспалительные процессы в них, обуславливающие в 35,7—77,5 % случаев непроходимость труб, устанавливаемую путем рентгенографии; недоразвитие труб, спаечное состояние их при общих заболеваниях и при инфантилизме вследствие их чрезмерной извитости, перегибы труб вследствие воспалительных спаек могут также быть причиной бесплодия.

В этом перечне приведены главнейшие и основные причины женского бесплодия. Некоторые из этих заболеваний, например воспалительные заболевания придатков, являются в своей главной массе относительной причиной, так как систематическое лечение, в том числе и оперативное, может дать полный терапевтический эффект с восстановлением проходности труб. Миоматоз матки ограничивает способность к зачатию, но не исключает его. То же относится к инфантильной и небольшой матке. Систематическое лечение гелями, гормонотерапия и пр. могут в этих случаях дать положительный эффект при условии полноценности спермы и отсутствии других отклонений со стороны мужчины.

Этот раздел судебной гинекологии требует усовершенствования методики, а в ряде случаев стационарной проверки состояния маточных труб путем метросальпингографии.

С. М. Дмитриева проанализировала часть материала Московской городской судебно-медицинской экспертизы по бракоразводным вопросам в количестве 35 случаев.

При судебно-медицинской экспертизе было установлено:

Отсутствие половой жизни	в 3 случаях
Неспособность к половой жизни	» 1 случае
Наличие физического дефекта, препятствующего нормальной половой жизни	» 1 »
Неспособность к зачатию:	
Первичное бесплодие	» 11 »
Вторичное бесплодие	» 12 »
Климактерический синдром	» 3 »
Отсутствие заболеваний и отклонений от нормы	» 4 »

Приведем подробности этих случаев.

Отсутствие половой жизни. Дело о разводе в одном случае возбудила сама свидетельствуемая, бывшая 2 раза замужем. При экспертизе свидетельствуемой обнаружена неповрежденная девственная плева. У одного мужа установлена неспособность к половой жизни, а другой муж заявил, что у него имеется другая женщина. В этих случаях судебно-медицинской экспертизой было дано заключение, что на основании объективных данных половая жизнь у свидетельствуемой отсутствовала.

Неспособность к половой жизни была у одной свидетельствуемой, которая в связи с этим возбудила дело о разводе. Замужем год. Указывает на невозможность осуществить введение полового члена во влагалище. При экспертизе обнаружено врожденное заращение влагалища. Дано заключение о неспособности свидетельствуемой к половой жизни и к зачатию.

Наличие физического дефекта, ограничивающего возможность нормальной половой жизни. Муж, прожив месяц, подал заявление в суд о признании брака недействительным, так как жена неспособна к половой жизни и при регистрации скрыла свой недостаток. При обследовании установлено, что у женщины в связи с укорочением левой ноги и значительным ограничением движений в левом тазобедренном суставе отведение левой ноги вызывает боль. В заключении указано, что ограничение подвижности в левом тазобедренном суставе и невозможность полного разведения бедер могут представлять значительные затруднения для совершения полового акта в обычном положении.

Неспособность к зачатию. Первичное бесплодие. Во всех 11 случаях на основании данных исследования указано, что в анатомическом и функциональном отношении со стороны половых органов отклонений от нормы не обнаружено. Свидетельствуемые способны жить половой жизнью, и возможность наступления у них зачатия и беременности не исключается. Суду было предложено направить мужей на судебную экспертизу для установления их способности к оплодотворению.

Вторичное бесплодие. Во всех 12 экспертизах были обнаружены изменения у свидетельствуемых — воспалительные заболевания на почве аборт. Обследуемые были в возрасте от 27 до 42 лет и состояли в браке от 2 до 20 лет. Ряд браков повторные. После одной или нескольких беременностей наступало бесплодие. При обследовании в отдельных случаях обнаружены: миофиброз матки, уменьшение матки, периметриты и перисальпинго-оофориты после абортов, первичные аборты, внематочные беременности с удалением одной из труб. В заключении во всех случаях указывалось, что способность к зачатию несколько ограничена, но окончательно исключить ее не представляется возможным. Свидетельствуемым предложено лечиться.

По поводу климактерического синдрома свидетельствовались 3 женщины. Дело о разводе возбуждали мужья, мотивируя это в заявлениях неспособностью их жен к зачатию и деторождению. Свидетельствуемые состояли с ними в браке 17, 18, 27 лет, имели от них беременности, рожали и имеют детей.

У 4 свидетельствуемых никаких патологических изменений не было обнаружено. При обследовании установлено, что они способны к зачатию, беременности и родам, о чем и указано в заключении.

В ряде случаев для разрешения вопроса о первичном и вторичном бесплодии, кроме амбулаторного обследования, свидетельствуемые направлялись в клинику для рентгенологического исследования, т. е. для получения заключения на основании метрасальпингограмм. Кроме того, в таких случаях обязательным условием для окончательного заключения является тщательное обследование мужа с анализом спермы.

В гинекологическом кабинете бюро Московской городской и областной судебно-медицинской экспертизы исследование женщин производится комиссионно.

Приводим образцы судебно-медицинских заключений по бракоразводным делам.

1. У гражданки А., 30 лет, не обнаружено каких-либо анатомических и функциональных изменений, препятствующих половой жизни, зачатию, вынашиванию плода и родам.

2. В данном бесплодном браке необходимо обследование мужа гражданки А. в отношении его способности к оплодотворению.

1. У гражданки Б., 39 лет, имеется заболевание в форме подострого воспаления придатков матки и некоторое уменьшение матки.

2. При данном заболевании требуется систематическое лечение: физиотерапия, грязелечение, гормонотерапия и пр.

3. Это заболевание не исключает способность к зачатию, беременности и родам, но ограничивает их. Три года назад Б. имела беременность.

1. Гражданка Ч., 37 лет, страдает хроническим воспалительным процессом, а именно спаечным процессом в области придатков матки. Эта болезнь требует систематического лечения.

2. Проверка проходимости маточных труб установила проходимость одной трубы, что является положительным фактором для возможности наступления зачатия.

3. Для окончательного решения вопроса о данном бесплодном браке необходимо освидетельствование мужа, гражданина Ч., для определения его способности к оплодотворению.

О СУДЕБНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ АКУШЕРОВ И ГИНЕКОЛОГОВ

Статистические данные последних 10—15 лет показывают, что случаи привлечения врачей за недобросовестное, невежественное врачевание стали редки, но случаи подачи необоснованных жалоб на врачей о невыполнении ими своих профессиональных обязанностей нередки. Однако только в 10% случаев имелись основания для предания виновных суду. Значительное количество врачебных дел прекращается в процессе расследования, а среди разбираемых в суде многие заканчиваются оправдательным приговором ввиду отсутствия состава преступления.

Необоснованные обвинения врачей или подозрение их наносят вред их авторитету, подрывают доверие и создают неблагоприятную обстановку в ответственной работе. Профессия врача, имеющего дело со здоровьем и жизнью больных, связана с большой ответственностью не только перед доверенными ему больными и их родственниками, но и перед общественностью.

Заинтересованные лица и общественность, а иногда и пресса остро реагируют на неблагоприятные исходы заболевания. Это чаще всего относится к акушерским и гинекологическим случаям.

Интересы здравоохранения требуют создания таких условий, при которых медицинские работники могли бы работать уверенно, не опасаясь привлечения их к уголовной ответственности за неблагоприятный исход лечебного мероприятия. В тех случаях, когда, несмотря на соответствующую обстановку, врач допускает небрежные действия, результатом которых является неблагоприятный исход у больной, причиненный ее организму вред рассматривается как недобросовестное и небрежное отношение врача к своим обязанностям, за которое он несет ответственность.

Ввиду возможности необоснованных обвинений и несправедливого привлечения врачей и медицинского персонала к судебной ответственности, права, обязанности и ответственность врачей, среднего медицинского персонала определены соответствующими распоряжениями и постановлениями.

К этим распоряжениям и указаниям относятся: постановление ВЦИК и СНК от 1 декабря 1924 г. «О профессиональной работе и правах медицинских работников», инструкция Наркомздрава РСФСР № 20 и другие инструкции и циркуляры Министерства здравоохранения СССР.

Деятельность врача обширна, разносторонняя и вместе с тем весьма ответственна. В отдельных случаях при неблагоприятных исходах заболеваний, заканчивающихся смертью больного, работа врача ставится под

сомнение, что дает повод близким и родственникам умершей для привлечения врача к судебной ответственности. Объясняется это не только горем в связи с утратой близкого человека и желанием найти виновного, но и в значительной части и верой во всемогущество медицины при незнакомстве с пределами медицинских знаний.

При большой сложности подобных судебно-медицинских дел вопрос может быть решен только при детальном расследовании каждого отдельного случая с учетом всех обстоятельств и при обязательном участии высокоавторитетной экспертизы, комиссионным порядком, так как компетенции одного эксперта при решении подобных дел недостаточно.

Расследование по врачебным делам должно производиться следователями прокуратуры. Привлечение врачей к уголовной ответственности проводится после санкции прокурора соответствующей республики, края или области. В приказе прокурора СССР от 11 августа 1939 г. определен порядок привлечения врачей к уголовной ответственности по обвинению их в преступлениях, относящихся к профессиональной деятельности.

В статьях 146, 128 Уголовного кодекса указан характер и особенности профессиональных преступлений врачей и медицинского персонала, в том числе и акушеров-гинекологов, против которых чаще, чем против других специалистов, возбуждаются обвинения.

Действия и поступки, за которые врачи привлекаются к судебной ответственности, можно разделить на четыре группы.

К первой группе действий относятся несчастные случаи, когда несмотря на правильный ход операции и принятие всех необходимых мер, врачу ставится в вину смерть от наркоза или от непредвиденного осложнения при акушерско-гинекологической операции. Сюда относятся и те случаи, когда по не зависящим от врача обстоятельствам при оказании хирургической помощи тяжелобольной получается неблагоприятный исход в виде образования мочеполовых или кишечных свищей и т. п.

Само собой разумеется, что для того чтобы решить вопрос о случайности и исключить признаки небрежности или халатности, каждый такой случай нужно детально проанализировать.

Вторую группу составляют врачебные ошибки, отличительной особенностью которых является добросовестное заблуждение врача, проводившего лечение или оказывавшего акушерско-гинекологическую помощь. Такая ошибка может произойти вследствие неопытности врача. Иногда врачебные ошибки зависят от несовершенства современной медицинской науки и ограниченности диагностических методов. Иногда они совершаются в связи с внешними объективными условиями и зависят от того, что врач, оказывавший помощь больной, не располагал достаточным количеством времени и не имел технических средств для углубленного обследования. Врачебные ошибки могут встретиться как у авторитетного специалиста, так и у недавно окончившего врача и расцениваются в зависимости от степени опытности последнего. Во всяком случае характеристикой врачебной ошибки является добросовестное заблуждение при полном отсутствии халатности, небрежности, легкомысленного отношения к своим обязанностям.

Иногда, несмотря на соблюдение всех требуемых условий, наступает смерть от воздушной эмболии при продувании маточных труб. Во время переливания крови даже при соблюдении всех предосторожностей может наступить смерть вследствие особенностей несовместимости крови, которые не всегда можно предвидеть.

Выяснение причин врачебных ошибок нередко представляет большие трудности.

В одних случаях ошибки носят индивидуальный, субъективный характер, в других же их сущность связана с недостаточностью теоретических обоснований и невозможностью предвидеть все случайности лечебно-практической деятельности, иногда протекающей в трудных условиях.

Большинство ошибок относится к диагностическим промахам. В подобных случаях играет роль фактор времени, когда в течение короткого срока не всегда удается провести достаточное наблюдение, точно выявить симптомы заболевания и суметь оценить их значение. Возникновению ошибки благоприятствует и бессимптомное течение заболевания, когда болезнь выявляется в средних или даже поздних фазах своего развития, иногда только с момента появления осложнений.

По И. В. Давыдовскому, несоответствие основного клинического диагноза основному патологоанатомическому в среднем встречается у 15% больных.

К третьей группе врачебных дел относятся случаи недобросовестного отношения к своим обязанностям, небрежное, халатное отношение к делу. Это чаще других является поводом для привлечения врачей к судебной ответственности по статье 170 или 172 Уголовного кодекса.

Небрежными, халатными действиями следует считать поверхностные, небрежные осмотры больных, в результате которых было применено неправильное лечение или произведена непоказанная операция, особенно если наступила смерть или тяжелые осложнения, отразившиеся на трудоспособности. К небрежным действиям относится установка диагноза без применения необходимых анализов и других современных объективных диагностических методов, отсутствие консультации с более опытным специалистом в особо тяжелых и неясных в диагностическом отношении случаях, неправильное выписывание рецептов с завышенными дозами, наносящими вред, например выписывание 20% раствора азотнокислого серебра вместо 2% раствора для профилактического закапывания в глаза новорожденным, в результате чего имели место случаи слепоты у детей. В подобных случаях несет ответственность врач, выписавший раствор и не обозначивший, для каких целей он предназначен, и работник аптеки, отпустивший лекарство, не справившись о его назначении.

Далее, врачебные дела возникают в связи с неоказанием помощи больному без уважительной причины, что предусмотрено статьей 128 Уголовного кодекса. В советском законодательстве в числе профессиональных обязанностей врачей названо также оказание неотложной медицинской помощи. В § 8 постановления ВЦИК и Совнаркома РСФСР от 1 декабря 1924 г. «О профессиональной работе и правах медицинских работников» говорится: «Всякий медицинский работник, занимающийся практической врачебной деятельностью, обязан в случаях, требующих практической врачебной деятельности, оказать первую медицинскую помощь, скорой медицинской помощи, оказать первую медицинскую помощь, согласно инструкции Наркомздрава, составленной по согласованию с Наркомвнуделом, Наркомтрудом и ВЦСПС».

В условиях сельского врачебного участка служебной обязанностью участкового медицинского персонала является оказание медицинской помощи в участковой больнице круглосуточно, а амбулатории — в приемные часы. К уважительным причинам, при которых врач освобождается от обязанности оказать экстренную медицинскую помощь, относятся:

1. Болезненное состояние самого медицинского работника,
2. Необходимость подачи медицинской помощи другим больным в равной или в большей степени нуждающимся в данный момент в неотложной помощи.

3. Опасность передвижения к месту оказания неотложной помощи. Некоторое количество дел возникает в связи с привлечением к уголовной ответственности врачей, по статье 116 Уголовного кодекса за незаконное производство аборта.

Той же статьей предусмотрена уголовная ответственность по отношению к лицам, не имеющим высшего медицинского образования, но занимающихся производством аборт.

Четвертую группу составляют весьма редкие случаи, когда врач и другие медицинские работники привлекаются к уголовной ответственности за сокрытие какого-нибудь факта, имеющего общественное или государственное значение, факта, который стал ему известен в процессе лечения и за который соответствующие лица должны были подвергнуться судебной ответственности. В подобных случаях поднимается вопрос о «врачебной тайне».

В СССР врачебная тайна установлена не в частных интересах и не в интересах медицинского работника, а исключительно в ограждении общих интересов здравоохранения. Она существует постольку, поскольку этого требуют общие интересы, поэтому обязанность хранить тайну отпадает, а в известных случаях заменяется обязанностью оглашать сведения, если этого требуют интересы здравоохранения или меры пресечения преступления в силу требований закона. Врач обязан вдумчиво разобраться во всем том, что ему доверчиво рассказывает больная. Все личное, не имеющее ни общественного, ни государственного значения и касающееся только больной, не подлежит разглашению, так как в противном случае это может нанести ей моральную и психическую травму, ухудшить течение болезни, а также повести к уменьшению обращаемости за врачебной помощью.

Врачи привлекаются к ответственности за провинности, основой которых является невежество, медицинская неграмотность. В подобных случаях надо выделить невежество, связанное с недостаточной подготовкой молодого врача, с отсутствием у него опыта: нельзя одинаково оценивать и отождествлять недостатки в работе и невежество, проявленные стажированным врачом, с подобными упущениями врача, недавно окончившего вуз и не овладевшего еще в полной мере своей специальностью.

При всем этом необходимо иметь в виду, что в практической деятельности врача могут встретиться случайности, или, как принято говорить, несчастные стечения обстоятельств, которые не удастся заранее предусмотреть и предупредить, так как они не могут быть устранены врачом во время оказания помощи больному. Кроме того, врач может проявить неадекватность, растерянность, впасть в так называемый операционный транс во время какой-нибудь операции, столкнувшись с непредвиденными и неожиданными осложнениями или редкой аномалией.

Как пример невежества можно привести случай, когда врач при не соответствии между головкой и тазом стал накладывать щипцы, а так как щипцы соскальзывали, т. е. наложение их не удавалось, он приступил к операции перфорации головки. Наложение перфоратора ему также не удалось. После неудачных попыток больная была доставлена в больницу. При обследовании установлен разрыв матки. В больнице была произведена операция, через 15 минут родильница умерла. При вскрытии, кроме значительного разрыва матки, обнаружен обширный разрыв кишечника. Важным обстоятельством явилось то, что на головке плода не было обнаружено ни малейшей царапины.

Этот случай, являясь примером невежества в акушерстве, доказывает полное отсутствие не только опыта в оперативном акушерстве, но и

неумение произвести внутреннее акушерское исследование и разоб-
раться в топографии подлежащей части, так как перфоратор, видимо,
был введен наугад, без должной ориентировки.

К редким грубым невежественным акушерским действиям относятся
случаи, когда головная опухоль плода принималась за плодный пузырь
и манипуляции для разрыва его заканчивались травматизацией черепа
плода.

В некоторых акушерских случаях врача могут обвинять в действиях,
представляющихся близким больной неосторожными. Однако при под-
робном анализе такие обвинения обычно оказываются несостоятельными.
Примером могут служить такие факты. Если врач при ведении затянув-
шихся родов во время извлечения ребенка действовал быстро, чтобы
спасти ребенка, то он мог нанести матери механические повреждения,
которые потребуют оперативного вмешательства. Если врач при тех же
условиях действовал медленно, стремясь обеспечить максимум пользы
для матери, он мог нанести вред ребенку. Такие действия врача нельзя
квалифицировать ни как ошибку, ни как неосторожность, а нужно рас-
сматривать как стремление и заботу гарантировать жизнь и матери, и
ребенку. Однако родственники могут расценивать их совершенно иначе,
и только авторитетная экспертиза дает точное разъяснение в подобных
случаях.

При обсуждении активных действий акушера-гинеколога, т. е. при-
менения им оперативных вмешательств, судебно-медицинский эксперт
обязан должным образом оценить границы возможного физиологического
или хирургического травматизма матери и ребенка, не стоящего в прямой
зависимости от личных качеств врача. Необходимо напомнить, что при
оценке ответственности акушера-гинеколога грань между ошибкой и не-
осторожным действием иногда стирается. Примером может служить ве-
дение родов при ягодичном положении плода, когда при извлечении по-
следующей головки приходится вводить в рот палец, которым иногда
наносит ранение подъязычных сосудов с последующим кровотечением.

Другое дело, когда в результате акушерских вмешательств у ново-
рожденных обнаруживались повреждения шейных позвонков, вывих су-
ставов, переломы ключиц, разрывы печени, селезенки, почек. Такие
повреждения не представляют редкости у мертвых или мацерированных
плодов, но наличие их у вполне доношенных детей почти всегда говорит
о том, что акушерское вмешательство носило грубый характер. Важно
установить, как протекали роды и во время какой акушерской операции
случились эти повреждения. Необходимо выяснить характеристику и
опытность врача, производившего операцию.

О переломе ключиц подробно сказано в разделе «Родовой травма-
тизм». Разрывы паренхиматозных органов: печени, селезенки, почек
встречаются редко, так как методы оживления новорожденных усовершен-
ствованы и грубые приемы Сильвестра, Верта оставлены.

Результатом небрежности и халатного отношения к своим обязан-
ностям является иногда обмен новорожденных, что может повести к су-
дебной ответственности.

Во избежание подобных ошибок в разных странах применяют различ-
ные мероприятия: в СССР — браслеты и медальоны для детей, в Чикаго
(США) — педоскопию в трех экземплярах, из которых один остается при
истории болезни ребенка, другой — при истории болезни матери, а тре-
тий вручается отцу. Некоторые сомневаются в ценности педоскопии, так
как по точности этот метод значительно уступает дактилоскопии. Самым
верным средством для предотвращения подобных недочетов и преступле-
ний являются четко составленные и ясно сформулированные инструкции

для ухаживающего персонала, которые со всей тщательностью и пунктуальностью должны проводиться в жизнь. Ответственность за это несут заведующие детским и акушерским отделениями.

К числу врачебных дел, возбужденных с привлечением за небрежность и халатность, относятся случаи нераспознавания перфораций матки при аборте, окончившиеся смертью, а также дела о разрыве матки во время родов, когда чаще всего молодая женщина лишается такого важного органа, как матка, или когда вследствие осложнений наступила смерть роженицы. Подобные случаи требуют авторитетной судебно-медицинской экспертизы, которая должна выяснить, были ли в данном случае упущения по ведению родов, запоздалая операция, погрешности в технике и пр. или имел место самопроизвольный разрыв. В таких случаях решающую роль играет вопрос, заметил ли врач это осложнение, принял ли своевременные меры к спасению жизни больной, а если он не обладал достаточной для операции техникой, то вызвал ли для оказания помощи более опытного врача.

Кроме разрыва матки или перфорации ее, в акушерско-гинекологической практике встречаются случаи удаления 3, 6, 11 м петель кишечника, которые при поздних абортах принимались за пуповину. В этих случаях имеет место невежество врача, не говоря уже о криминальном аборте, где это встречается чаще.

Подобные осложнения в акушерстве и гинекологии могут усугубляться так называемыми корыстными действиями со стороны врача. Отсутствие корыстного элемента выражается в том, что врач, невзирая на возможность урона своего авторитета, всемерно стремится спасти больную с тяжелым осложнением. Он доставляет ее в клинику или больницу, где ей обеспечивается скорая квалифицированная помощь.

Со стороны акушерского персонала — акушерки, медицинской сестры, фельдшерицы — небрежные, халатные действия выражаются в различных упущениях при повседневной работе; в плохой дезинфекции рук, перчаток, инструментов и прочих предметов, относящихся к операционной, а также предметов ухода, особенно в детском отделении, в неправильной даче лекарств и т. д. Вредные последствия могут выразиться в распространении септических заболеваний среди рожениц и родильниц, а также среди детей (пупочная инфекция). Иногда акушерки допускают небрежные действия с превышением своих прав: при намечающихся осложнениях во время родов, в послеродовом или послеоперационном периоде они своевременно не вызывают врача, а самостоятельно дают больной сильнодействующие средства, что может закончиться смертью больной. Например, акушерка при затяжных родах, при отсутствии родовой деятельности, без консультации с врачом применяет питуитрин, результатом чего является разрыв матки. Это происходит потому, что акушерка не распознала наличия угрожающего кольца сокращения матки.

В вопросе о разрывах матки очень важно вынести суждение и собрать все материалы в доказательство того, что разрыв матки мог существовать до вмешательства, а во время вмешательства произошло лишь расширение его, если дело действительно обстояло так.

Рейтер сообщает о случае самопроизвольного бокового разрыва матки, когда во время обследования полости ее врач извлек петли кишечника. Больная погибла от воспаления брюшины. Врач был привлечен к ответственности и обвинялся в том, что сделал разрыв матки и извлек кишку. Обстоятельства дела показали, что врач был приглашен к больной, когда у нее были уже тяжелые явления в виде холодного пота, коллапса, прекращения схваток. Суд оправдал врача, считая, что женщина умерла не от последствий манипуляций врача, т. е. не от того, что им

была вытащена кишка, а от воспаления брюшины, которое явилось результатом самопроизвольного разрыва матки. Судебномедицинскому эксперту необходимо уметь оценивать клинику признаков наступившего разрыва матки, так как по времени появления их можно получить ценные данные для суждения о произвольном разрыве или о наступлении его как последствия того или иного акушерского вмешательства. К признакам разрыва матки относятся явления внутреннего кровотечения, не всегда выраженного: шок, прекращение схваток и обнаружение путем прощупывания через брюшные стенки частей плода в брюшной полости. По предложению суда судебно-медицинская экспертиза производится также в случаях смерти от кровотечения или септического заболевания при обнаружении на вскрытии в полости послеродовой матки частей последа. В подобных случаях врачу или акушерке ставится в вину небрежное или халатное отношение к своим обязанностям, выразившееся в невнимательном и недобросовестном осмотре последа, в результате чего в полости матки остались части последа.

По вопросу о ведении третьего — последового периода родов в современном акушерстве существуют два взаимно противоположных направления. Первое — консервативное, т. е. выжидательное. Сторонники этого направления при задержке последа и при отсутствии показаний к вмешательству считают целесообразным ожидать не менее 2—3 часов самостоятельного отделения последа. Если имеются показания (кровотечение), то немедленно приступают к отделению последа сначала наружными приемами, а если они оказываются безуспешными, то внутриматочными — ручными или инструментальными приемами.

Последователи радикального направления стремятся к быстрому выделению из матки задержавшегося последа и оставшихся частей его. Оба направления имеют свои показания. При обнаружении во время вскрытия в полости матки кусочка последа, пребывание которого там могло создать благоприятные условия для восходящей инфекции и развития послеродового септического заболевания, судебномедицинскому эксперту задается основной вопрос: не является ли оставление в полости матки кусочков последа небрежностью или халатным отношением к своим обязанностям акушерского персонала, который недостаточно внимательно осмотрел послед. В сомнительных случаях полезно бывает испытание на целостность последа, производимое при помощи особых проб. Значительные дефекты тканей, обнаруженные на самостоятельно выделившемся или удаленном последе, даже без наличия кровотечения являются достаточным основанием к обследованию полости матки и удалению задержавшихся в ней частиц последа.

Иногда имеет место задержка добавочной доли последа, обнаружение которой чрезвычайно затруднительно, при наличии плацентарных поли-

Весьма поучителен следующий редкий случай плацентарных полипов, послуживших причиной кровотечений и способствовавших развитию септического эндометрита с последующим общим септическим заражением, приведшим к смерти.

В родильный дом поступила беременная с отошедшими дома водами и с повышенной температурой. Настоящие роды — четвертые. В прошлом больная перенесла ряд осложнений, в частности общее септическое заболевание с тромбофлебитом после третьих родов. Первый период настоящих родов носил несколько затяжной характер с лихорадочным течением. Второй и третий — явно патологический характер в виде атонии матки и задержки последа, который не отделялся в течение 8 часов. Когда было констатировано истинное и обширное сращение последа со стенками

матки, он был выделен внутренними ручными приемами. С 3-го дня у больной появились признаки эндометрита, сопровождавшегося резким повышением температуры, и тромбофлебита левого бедра. На 5-й день у нее 2 раза с промежутками в 8 часов наступали резкие профузные кровотечения, потребовавшие двукратного выскабливания полости матки и тампонады. В результате этих пособий кровотечение остановилось, но явления общего заражения крови — септицемии, начавшейся с 3-го дня, неуклонно прогрессировали и привели к смерти на 14-й день. Судебно-медицинское вскрытие показало, что смерть последовала от общего заражения крови на 14-й день после срочных родов, осложнившихся преждевременным отхождением вод, приращением последа и сильным атоническим кровотечением. Причиной указанных осложнений явились два «подслизистых» полипа матки, которые препятствовали правильному сокращению, опорожнению и обратному развитию матки. Воротами для инфекции в данном случае послужили полипы, причем один из них подвергся омертвению. Смертельному исходу болезни благоприятствовала резкая степень малокровия и жировое перерождение сердца. При микроскопическом исследовании обоих полипов, обнаруженных в стенке матки, найдено, что в главной массе они состоят из фибрина и крови, среди которых почти всюду заметны разъединенные ворсы последа. В частях, ближайших к стенке матки, заметны тяжи соединительной ткани, проникающие внутрь фибринозно-плацентарных масс. В этой соединительной ткани встречаются большей частью тромбированные сосуды. Кроме того, имеется проникание спигитальных элементов в глубь стенки матки между пучками мышечной ткани. В стенке матки обнаруживается значительное разрастание соединительной ткани и склероз сосудов.

Путем точного микроскопического исследования было установлено, что причиной образования полипов явилось плотное сращение частей последа со стенкой матки вследствие частых воспалительных инфекционных процессов. Об этом говорят плотность соединительной ткани, врастающей из стенки матки в основную ткань полипов, и наличие в ножке полипов крупных кровеносных сосудов.

Такого рода плацентарные полипы всегда представляют двойного рода опасности: с одной стороны, насильственное отделение их может явиться причиной сильнейших кровотечений, вследствие разрыва вышеописанных крупных сосудов, с другой стороны, препятствуя правильному выделению послеродовых очищений, они могут способствовать задержке их и тем самым размножению в матке инфекционных начал.

Муж умершей настаивал на привлечении врачей к ответственности за халатное отношение.

Однако ряд экспертов, приняв во внимание редкость данного случая и тщательность обследования и лечения, не нашел признаков халатного или небрежного отношения со стороны медицинского персонала. После расследования дело было прекращено.

Аналогичным случаем является смерть женщины после родов или аборта от атонического неудержимого кровотечения, когда врачебному персоналу ставится в вину, что больной не была оказана надлежащая помощь и что своевременно не была удалена матка или не было сделано переливание крови. Каждый подобный случай требует строгого индивидуального анализа как суммы мероприятий, использованных для остановки кровотечения, так и той обстановки, в которой оказывалась помощь, и тех условий, при которых можно или нельзя было произвести ответственную операцию, требующую хорошего знания хирургической техники и большого опыта. Только если действительно имелись все вышеуказанные условия и если при подходящем для наркоза состоянии больной не

была произведена операция, а при невозможности сделать операцию на месте больная не была переправлена в соответствующее лечебное учреждение для производства этой операции, можно говорить о халатном или небрежном отношении. С другой стороны, надо иметь в виду, что при наличии тяжелых осложнений в виде шока и анемии мозга операция удаления матки по поводу атонического кровотечения не всегда дает положительные результаты.

В случаях внематочной беременности ошибочные или небрежные действия чаще всего совершаются в результате неправильной диагностики или несвоевременно примененной операции.

Диагностика внематочной беременности иногда очень затруднительна вследствие неясности и спутанности симптомов. В результате запоздалого или несвоевременного применения операции такие случаи заканчиваются смертью.

При судебно-медицинской экспертизе следует провести анализ всех обстоятельств: были ли использованы все возможности для уточненного диагноза и зафиксированы ли они в истории болезни, были ли проведены важнейшие анализы, в частности если к тому имелась возможность, применялась ли биологическая проба на беременность по Ашгейму и Цондеку. Практическая ценность этой биологической пробы особенно велика при установлении трубной внематочной беременности, так как при прогрессирующей ненарушенной или нарушенной беременности и трубном аборте тогда, когда хориальные ворсинки находятся в связи с трубной стенкой, эта реакция дает положительный ответ. В случаях нарушения внематочной беременности разной давности, смерти яйца, организации гематоцеле, отсутствия ворсинок или их некроза эта проба обычно бывает отрицательной или неясной.

В настоящее время можно получить ответ значительно скорее, применяя биологическую реакцию для ранней диагностики беременности, в том числе и внематочной, используя для этой цели лягушек *Rana ridibunda* (озерная лягушка), так как у этого вида в течение всего года существует реагентный период.

Если при сложившейся обстановке эти анализы произвести было невозможно, то при оценке обстоятельств дела важно учесть, была ли при неуверенности в диагнозе обеспечена консультация с более опытными врачами в целях сохранения здоровья и жизни женщины, так как при подозрении на внематочную беременность ее следовало обеспечить квалифицированной врачебной помощью. Поэтому таких пациенток надо помещать в стационар, а не оставлять в домашней обстановке.

При ясной диагностике больной следует обеспечить скорейшее оперативное пособие.

Все эти факторы должны быть учтены и сопоставлены с обстановкой и объективными возможностями врача, оказывавшего помощь больной.

В судебно-медицинской практике встречаются случаи привлечения к судебной ответственности за халатное отношение врачей в связи с неправильной диагностикой отпуски по беременности. Значительное число судебных дел возникает по обвинению медицинского персонала в халатном и небрежном отношении при развитии септических заболеваний. В ряде дел начало септического заболевания связывают с контактными действиями медицинского персонала: приемка родов, производство той или иной акушерской или гинекологической операции.

При экспертизе в подобных, часто весьма запутанных делах требуется тщательный анализ всех обстоятельств каждой отдельной ситуации. Важную роль играет вопрос о состоянии больной до родов, до производства операции и аборта. Необходимо отвергнуть или установить возмозмож-

ность бациллоносительства, исключить наличие очагов в полости рта: состояние зубов, миндалин, наличие ангины или других очагов, например в почках (пиелиты), которые под влиянием операционной травмы, наркоза, кровопотери и внутреннего исследования могут вызвать генерализацию септического процесса. При установлении септического заражения надо учитывать состояние, в котором больная поступила в учреждение. Повышение температуры, грязные воды, учащение пульса до родов указывают на признаки воспалительно-инфекционного заболевания со стороны слизистой оболочки матки.

Современную точку зрения о возможности так называемого самозаражения или условно эндогенного заражения разделяют не все специалисты. Одни такую возможность признают, а другие подвергают сомнению. Совершенно отрицать возможность самозаражения нельзя, хотя такие случаи встречаются редко и могут претендовать на достоверность только при условии, если данные исследования, зафиксированные в истории болезни, и обстоятельства дела исключают всякую возможность экзогенного заражения.

При разборе так называемых септических дел приходится иногда проводить расследование по обвинению врача в небрежности и халатном отношении к своим обязанностям, если тяжелобольная сепсисом в остром периоде болезни была переведена из одного лечебного учреждения в другое, в результате чего наступило ухудшение в состоянии ее здоровья или последовал смертельный исход. Несомненно, что в случаях септического острогнойного заболевания вен при тромбофлебите транспортировка больных противопоказана, а если она производится во исполнение консультативного постановления, то должна осуществляться с соблюдением всех необходимых предосторожностей.

Немало врачебных дел возникает в связи с хирургическим вмешательством. Здесь следует выполнять положение, согласно которому всякая плановая операция непременно производится с согласия больной. Только при оказании экстренной хирургической помощи, а также в случаях, когда больная находится в бессознательном или помраченном состоянии вследствие потери крови (внутреннее кровотечение при внематочной беременности, разрыв матки) или каких-либо острых заболеваний (заворот кишок, перекрученная киста, ущемление кзади загнутой матки) врач обязан оказать ей помощь, не добиваясь ее согласия.

Все же в подобных случаях следует, если позволяет время и обстановка, предупредить родственников больной.

Вторым принципиальным правилом, обязательным для врача, оказывающего хирургическую помощь, должно быть всемерное стремление удалить лишь измененные органы и ткани, сохраняя здоровье. Однако этот принцип содержит много условного и иногда трудно выполним на практике, так как на глаз не всегда можно определить предел поражения и поэтому при злокачественных опухолях или при подозрении на злокачественное перерождение более радикальный подход является самым правильным. В практике встречаются случаи, когда при чрезвычайно бережном отношении хирург оставляет кажущуюся ему по виду здоровой часть ткани весьма важного органа или железы. Например, при кистозном перерождении яичника оставляют часть его, так как полное удаление лишило бы женщину основной ее функции — менструации и вызвало бы тяжелые изменения во всем организме. При таком консервативном образе действий иногда через 1—2 года или раньше может образоваться новая опухоль — киста, что дает повод больным обвинять врача в небрежных или неосмотрительных действиях, вследствие которых больная должна подвергнуться новой операции.

Поучительным является врачебное дело по обвинению врача Г. в неправильном производстве операций. Основным моментом против него выдвигался неумеренный хирургический радикализм в отношении удавления яичников. Материалом служили пять историй болезни оперированных им больных.

По этому делу работали четыре комиссии, которые не дали ясного и объективного заключения. Поэтому Народный Комиссариат юстиции передал все материалы в Наркомздрав РСФСР для окончательного заключения. Судебномедицинская экспертная комиссия второй инстанции дала следующее заключение по этим случаям.

Случай 1. У гражданки Г. 10 лет назад была диагностирована фибромиома матки. Эта опухоль увеличилась, появились маточные кровотечения. В момент поступления в больницу была констатирована множественная фибромиома матки общим размером с голову взрослого человека. При операции опухоль была удалена, а кистозно перерожденные яичники проколоты. Послеоперационный период протекал гладко. Через 8 месяцев у больной были обнаружены резко выраженные явления тазового полнокровия с общими, преимущественно первыми симптомами. Через 3 месяца Московским бюро врачебной экспертизы был констатирован пресинильный психоз с бредовыми явлениями, артеросклероз, послеоперационный рубец белой линии, отсутствие матки. В Государственном институте экспериментальной эндокринологии, где лечилась женщина, у нее определены: климактерический период, гипертиреоз, спайки брюшной полости.

Эти данные послужили основанием для заключения, что операция, произведенная гражданке врачом Г. год назад, была показана, произведена правильно и, согласно объективному исследованию, с хорошими результатами в оперативной области.

Случай 2. У гражданки Г., 16 лет, начались сильные маточные кровотечения, продолжавшиеся увеличиваться при поступлении в стационар (31/I 1931 г.), в первое время пребывания в больнице (до 9/II) и далее стали опасными для жизни.

Несмотря на применение различных консервативных методов лечения, кровотечение не останавливалось. 9/II Г. была произведена операция: рассечение девственной плевы, рассечение канала шейки матки, тугая маточно-влагалищная тампонада. Кровотечение остановилось, и больная выписалась здоровой.

Комиссия пришла к заключению, что здесь имело место острое тяжелое кровотечение в подростковом возрасте, не поддававшееся правильно примененному консервативному лечению, ввиду чего произведенная ей операция была показана и дала положительные результаты.

Случай 3. Гражданка Ш., 20 лет, болела гонореей. Лечилась от воспаления яичников (сиринцевания, тампоны, мушки). Один раз с лечебной целью было проведено выскабливание. В больницу поступила с жалобами на сильные боли в наихвосте, длившиеся 3 года. При исследовании было обнаружено: слева в области придатков матки опухоль придатков, справа в области придатков спайки. При операции обнаружено: левые придатки в виде тубо овариальной опухоли в сращениях с пристеночной брюшиной, правая труба растянута в ампулярном конце до величины куриного яйца и наполнена кровянистой жидкостью. Удалены: слева труба и яичник, ного яйца и наполнена кровянистой жидкостью. Удалены: слева труба и яичник, справа труба. Экспертиза пришла к заключению, что у гражданки Ш. имелось хроническое заболевание придатков матки на почве перенесенной гонореи. Процесс длился 3 года, в течение которых больная безуспешно лечилась.

В настоящее время в отношении лечения таких случаев имеется два направления: одни врачи придерживаются оперативных методов, другие — консервативных: одни врачи придерживаются нескольких лет применением разнообразных лечебных мер (курорты, грязи пр.). Оба метода используются на практике, и нет оснований усматривать неправильные действия в произведенной врачом операцией.

Случай 4. Гражданка С., 23 лет, поступила в больницу с жалобами на боли внизу живота, слева и в пояснице. Считает себя больной 3 года. Боли появились после перенесенного послеродового заболевания (болела 4 месяца). В последнее время боли усилились и влагалищные выделения увеличились. При гинекологическом исследовании обнаружено: справа придатки матки в сращениях увеличены, слева опухоль кистозной консистенции, величиной с кулак. При операции справа удалены придатки, оказавшиеся в сращениях, причем яичник в виде тонкостенной кистозной опухоли был приращен вместе с трубой к серозной оболочке толстых кишеч. Левая труба, заполненная в ампулярном конце желтоватым содержимым, также была удалена.

Экспертиза по поводу этого случая высказалась так же, как и в предыдущем, считая, что выбор врачом того или иного метода, примененного в практической медицине, не может трактоваться как неправильное действие.

Случай 5. Гражданка А., 35 лет, за полгода до поступления в больницу перенесла воспаление яичников. Поступила с жалобами на боли внизу живота и кровянистые выделения, длящиеся в течение 1½ месяцев. При гинекологическом исследовании, произведенном в больнице, найдены сукровичные выделения, матка отклонена кзади, увеличена, плотна, выводится, зев приоткрыт, придатки матки слегка болезненны. Больной произведена операция выскабливания слизистой оболочки матки.

Судебно-медицинская экспертиза дала следующее заключение. У гражданки А. имелось наклонение матки кзади и хроническое воспаление матки и ее слизистой оболочки с воспалением придатков, сопровождавшееся продолжительным (1½ месяцев), упорным кровотечением. Прямых показаний к оперативному вмешательству в данном случае не имелось и было бы более бережным и осторожным предварительное наблюдение над больной в стационаре с применением консервативных методов терапии, хотя примененный врачом метод лечения, судя по данным истории болезни, дал положительный результат.

В связи с производством добавочных операций, в частности при удалении матки по поводу ранений и перфорации ее, иногда возникают обвинения врача в излишнем радикализме, лишаящем женщину весьма важного для нее органа — матки.

По этому поводу приведем один интересный случай.

В родильный дом была доставлена С., 21 года, с повышенной температурой, учащенным пульсом, болями в животе при наличии значительного кровотечения. Было выяснено, что ей неизвестным врачом в домашней обстановке на IV месяце беременности сделан аборт. Во время операции произведено прободение матки, и два раза через это отверстие вытаскивали сальник.

Ввиду явного несоответствия температуры и пульса, наличия болей, возможности ранения внутренностей, а также потому, что, несомненно, имелась уже инфекция, был выбран наиболее верный путь — чревосечение, на которое больная дала письменное согласие.

Во время операции в брюшной полости было обнаружено около 60 мл темной мутной крови, установлено разможнение частей сальника, помятость его, а также наличие в шейке матки своеобразного косо проникающего под мочевого пузыря прободного отверстия. Это отверстие пропускало полтора пальца, следовательно, передняя стенка шейки матки была разрушена. При описанных условиях, т. е. при наличии проникающего в брюшную полость ранения матки, произведенного в домашней обстановке, признаков активной инфекции, с одной стороны, и своеобразию расположения ранения шейки — с другой, не представлялось возможным без риска для больной сохранить инфицированный орган, и матку пришлось удалить. К этому побудило еще то обстоятельство, что матка содержала почти весь плод и послед, по этому опорожнение ее через брюшную полость грозило бы еще большим инфицированием. Наконец, для третьей возможности, т. е. для заканчивания аборта (несмотря на перфорационное отверстие) через влагалище с последующим применением чревосечения для консервативного зашивания шейки матки, не было технических условий вследствие своеобразия ранения и наличия инфекции матки.

Матка была удалена вместе с кистой правого яичника, а пораненные участки сальника резецированы. Больная выздоровела.

Метод, примененный хирургом, был правилен, так как в дальнейшем, при оценке патологоанатомических исследований, оказалось, что нижний сегмент матки был чрезвычайно травмирован. Здесь было налицо не только перфорация и оставление большей части плода, но и глубокое сдирание мышечной части стенки матки при ее выскабливании. Весьма интересно, что обвиняемый врач и часть необъективных экспертов пытались поставить вопрос о возможности в данном случае сохранения матки. В дальнейшем прокурор разъяснил, что если в медицине существуют два хотя бы и противоположных метода лечения, то лечащий врач в соответствии со своим опытом и убеждением имеет право выбрать любой из них, по его мнению, наиболее направленный в данных условиях на сохранение жизни и здоровья больной.

Некоторая часть врачебных хирургических дел возникает по обвинению врача в том, что он оставил в тазовой и брюшной полостях тампоны и инструменты. По этому поводу имеется большая литература, в которой такие случаи подвергаются подробнейшему анализу. Обсуждаются и условия, при которых такие факты могут произойти случайно и, наоборот, когда они, безусловно, должны считаться небрежным или халатным действием. Как правило, подобного рода действия образуют состав преступ-

ления со стороны врача, ассистента и операционной сестры. Однако при судебно-медицинском расследовании таких случаев необходимо установить или отвергнуть различные непредвиденные осложнения, которые могут возникнуть в процессе операции в виде особых сращений, чрезвычайной степени кровотечения, остановки дыхания и пр. Все это может отвлечь внимание хирурга и его ассистентов от операционного поля. Как выяснилось специальными исследованиями, большое значение имеет время производства (день, ночь) операции, квалификация подсобного персонала, а также качество инструментария (иглы, кюретки и др.). Гораздо чаще тампоны забывали во время экстренных ночных операций, чем при дневных плановых оперативных вмешательствах. При анализе квалификации хирургов, у которых происходили подобные случаи, оказалось, что оставление тампонов и инструментов имело место у крупнейших специалистов, причем такие случаи по преимуществу происходили во второй половине или в конце их деятельности.

При установлении факта случайности или небрежности играет роль та хирургическая обстановка, в которой происходила операция. При так называемых гастрольных операциях, когда хирург оперирует с не приспособившимся к нему и не сработавшимся с ним персоналом, возможность забывания тампонов или инструментов встречается чаще, чем при операциях, выполняемых в обычной для хирурга обстановке с привыкшим к его требованиям персоналом. Возможность оставления тампонов и инструментов возрастает, если в правилах внутреннего распорядка хирургического отделения не предусмотрены меры для предупреждения этой небрежности в виде точного учета тампонов, инструментов и пр., периодического осмотра годности инструментария и своевременного изъятия непрочных инструментов. В Германии был проведен опыт в целях профилактики или, вернее, скорейшей диагностики таких случаев. Животным вводилась особая марля с вплетенной сеткой из тонкой, мягкой металлической нитки, которая легко обнаруживалась при помощи рентгеновых лучей.

При рассмотрении таких вопросов судебно-медицинская экспертиза должна учитывать все обстоятельства дела, прежде чем дать заключение о случайности такого факта или определить его как небрежность и халатное отношение к работе.

В качестве нового, но оправдавшего себя метода при оценке характера действий хирурга, совершившего грубую ошибку (оставление в полости живота инородного тела во время операции), может найти применение психотехническое обследование привлекаемого или обвиняемого.

Этим путем при помощи особых тестов могут быть установлены важные данные, например дальтонизм. Кроме того, может быть обнаружен факт врожденной или приобретенной дефективности некоторых особенностей, важных для деятельности хирурга. Подобные психотехнические обследования давно применяются при оценке годности для серьезных профессий (машинисты, шоферы, летчики и пр.). В равной мере это должно быть введено в практику при оценке годности работников и других отраслей, в частности хирургов, акушеров, гинекологов и пр.

При экспертизе по врачебным хирургическим делам чаще всего приходится решать вопрос о наличии или отсутствии невнимательности или небрежности врачебных действий. Проф. М. И. Райский приводит следующий перечень признаков невнимательности и небрежности со стороны врачей: 1) неиспользование находящихся в распоряжении врача технических средств, всякого рода исследований, если к этому имелись показания; 2) отсутствие консультаций с более опытным специалистом, если это было нужно и возможно; 3) установление диагноза «на глаз», т. е. не

прибегая к исследованию больной. К смелости врача в области оперативного вмешательства, переходящей в «лечебное озорство», проф. М. И. Райский относит: 1) тяжелые операции без достаточных показаний; 2) производство больших тяжелых операций, не требующих спешности, и лицом, к этому совершенно неподготовленным; 3) производство ответственных операций, не требующих спешности, в совершенно недопустимой обстановке.

Перед судебно-медицинским экспертом возникает вопрос о допустимости применения того или иного вновь предложенного метода с целью улучшения состояния больной или применения нового лекарственного вещества, импортированного или изобретенного в СССР. При этом основным положением является: недопустимость прямого эксперимента на больном человеке. Применение какого-либо вновь предложенного лекарственного вещества или метода допустимо лишь при наличии следующих условий: 1) предварительно должны быть проделаны и испытаны все биологические пробы с этим средством на животных, внесена поправка в дозы и сделан соответствующий расчет о возможном действии его на организм человека; 2) применение нового вещества должно производиться с разрешения Министерства здравоохранения СССР и обязательно с согласия больного или его родственников, если сам больной находится в бессознательном или заторможенном состоянии. Применение на человеке различных медикаментов и лечебных средств неизвестного, засекреченного состава безусловно недопустимо до тех пор, пока состав препарата не будет выяснен и химически ясен.

Возникновение врачебных дел частично обязано тому, что начинающие врачи мало подготовлены для практической работы, а это происходит отчасти потому, что во время обучения не хватает времени для серьезных практических занятий. Совершенно ясно, что наказание неопытного врача не есть выход из положения. Этот же врач в следующий раз при недостаточном знании акушерства и гинекологии повторно может причинить вред и матери, и ребенку. Отстранение от акушерства в таких случаях, добровольно или по принуждению, для неспособного или малоопытного врача является не наказанием, а лишь мерой предосторожности в отношении населения и не решает вопроса с врачебной точки зрения.

Ряд врачебных дел заставляет еще раз указать на то, что необходимо систематическое совершенствование теоретических знаний и опыта врачей, акушеров и медицинских сестер. Только таким путем наряду с наказанием безусловно виновных в небрежности и халатности можно изжить ошибки, упущения и повысить у медицинских кадров квалификацию и сознание ответственности за порученное им дело помощи больному человеку.

ЛИТЕРАТУРА

- Абуладзе Д. М. Ошибка или преступление? Анализ фактов по делу с Волошиной и группой врачей. Издание автора. Киев, 1929.
- Абуладзе Д. М. К вопросу о судебной ответственности врача. Доклад на I Закавказском съезде акуперов и гинекологов. Тбилиси, 1932 (отдельный оттиск).
- Абуладзе Д. М. В поисках за объективной судебно-медицинской экспертизой. Издание автора. Киев, 1930.
- Авдеев М. И. Судебная медицина. Юриздат, М., 1949.
- Авдеев М. И. Судебная медицина. Изд. 2-е. М., 1951.
- Авдеев М. И. Судебная медицина. Изд. 3-е. М., 1954.
- Александров Э. П. Сравнительная оценка некоторых методов судебно-медицинской диагностики живорожденности. Л., 1951.
- Андреев А. Д. Диагностика воздушной эмболии на трупе. Труды 9-й конференции Ленинградского отделения Всесоюзного общества судебных медиков и криминалистов. Л., 1945.
- Анри-Винь. Проникновение марганца и некоторых других металлов через плаценту. Доклад в Парижском биологическом обществе, 1924, т. ХСІ, стр. 82.
- Астахова Н. М. О состоянии легких живорожденных. Труды 9-й конференции Ленинградского отделения Всесоюзного общества судебных медиков и криминалистов. Л., 1955.
- Ашман А. А. Материалы к вопросу о недопошенности. Куйбышевский медицинский институт и филиал Всесоюзного общества акушеров и гинекологов. Куйбышев, 1955.
- Бакулев С. И. К вопросу о распределении воздуха в легких новорожденного при искусственном дыхании. В сб.: Судебно-медицинская экспертиза. Ивановский институт судебной экспертизы, 1936, в. 2.
- Бакулев С. И. О некоторых причинах мертворожденности и ранней смерти новорожденных. Сборник научных трудов Ивановского Государственного медицинского института, 1949.
- Бакулев С. И. О судебно-медицинском значении микроскопического исследования легких новорожденных. Дисс. Иваново, 1944.
- Беллин Э. Ф. Судебная медицина растления. С предисловием М. Д. Никитина. Изд. Медицинского департамента. С.-Петербург, 1898.
- Богоров Н. И. Продолжительность беременности и ее диагностика. Медгиз, Л., 1949.
- Бронникова М. А. Судебно-медицинское исследование вещественных доказательств. Медгиз, М., 1947.
- Бронникова М. А., Смольяников В. М., Иванов Н. И. Реакция Чистовича—Уленгута к исследованию костей, подвергшихся действию высокой температуры. Судебная медицина и пограничные области. Государственный институт судебной медицины. Медгиз, Л., 1934, в. 1.
- Брусиловский А. Е. и Левин А. М. Медицинские ошибки по судебным материалам. Юриздат, Харьков, 1930.
- Быстров С. С. Применение некоторых физико-химических методов для объективного исследования процессов разложения трупов. Труды 9-й конференции Ленинградского отделения Всесоюзного общества судебных медиков и криминалистов. Л., 1955.
- Бубличенко Л. И. Общий вид разрыва маточной шейки при выкидыше. Журнал акушерства и женских болезней. СПб, 1914.
- Гамбашидзе О. К. Материалы к физиологии интерорецепторов половой сферы. Тбилиси, 1951.

- Гамбург А. М. Изогемагглютинация у новорожденных. В сб.: Судебная экспертиза. Ивановский областной институт судебной экспертизы. Иваново, 1934, в. 1.
- Гассе М. И. Особенности сопротивляемости мозговых сосудов у новорожденных. Сборник работ по акушерству и гинекологии. Свердловск, 1949.
- Гафарова Г. К. Кровоизлияния в надпочечные железы у новорожденных детей. Сборник работ по акушерству и гинекологии. Свердловск, 1949.
- Гентер Г. Г. Учебник акушерства. ОГИЗ, Л., 1937.
- Георгиевский С. П. Стремительные роды первородящей в уборной вагона на ходу поезда. Сборник работ Государственного научно-исследовательского института судебной медицины. М., 1940.
- Глейзер М. Д. Внутриматочные вмешательства в послеродовом и раннем родовом периодах. В кн.: Диссертации, защищенные в Центральном институте усовершенствования врачей. Изд. ЦИУ (аннотированный указатель), 1948.
- Григорьев А. В. Об историческом развитии судебной медицины и ее задачах. Врач, 1898, № 2, стр. 29.
- Григорьева П. В. К диагностике воздушной эмболии при смерти от криминального аборта. Сборник трудов кафедры судебной медицины Ленинградского мед. института имени И. П. Павлова. Медгиз, Л., 1955.
- Гринбейн С. В. Изменения в области пупочного кольца новорожденных. Труды 9-й конференции Ленинградского отделения Всесоюзного общества судебных медиков и криминалистов. Л., 1955.
- Груздев В. С. Курс акушерства и женских болезней. Т. 1 и 2. Берлин, 1922.
- Гуния А. У. К вопросу о лечении привычного и угрожающего выкидыша. Автореферат дисс. Тбилиси, 1953.
- Гутнер М. Д. Родовой акт и черепная травма новорожденных. Л., 1945.
- Давыдов В. И. и Перлова Р. Х. Внебольничные роды. Акушерство и гинекология, 1947, № 6.
- Дембо Л. И. и Вальтер Ф. А. Врачебная тайна. Изд. Ленинградского медицинского журнала. Л., 1926.
- Дмитриев А. Д. О кольцевых спонтанных отрывах шейки матки во время родов. Труды Московского акушерско-гинекологического общества. М., 1927.
- Дмитриева С. М. Вопросы судебно-медицинской акушерско-гинекологической экспертизы по бракоразводным делам. Доклад на совещании судебно-медицинских экспертов. Л., 1950.
- Дроздина Т. И. и Мидлин З. Д. Клиническое состояние в практике трудовой экспертизы. Бюллетень инструктивно-методического материала для врачей ВТЭК, 1938, № 3.
- Дымшиц Б. Е. Определение срока 36-педельной беременности. Журнал охраны материнства и детства Наркомздрава, 1937, № 3.
- Евгеньев М. Е. Методика и техника расследования преступлений. Госполитиздат при СНК УССР, 1940.
- Жаркин А. Ф. Изменения периферической первой системы передней брюшной стенки при беременности и после родов. Экспериментальные исследования. Автореферат дисс. Ашхабад, 1951.
- Жданова С. А. О судебно-медицинском определении возраста путем рентгенографического исследования костей стопы человека. Автореферат дисс. М., 1954.
- Живатов Г. К. О диагностических ошибках в гинекологии. Сборник работ, посвященных проф. В. Н. Орлову. Одесса, 1927.
- Законов А. И. Составление судебно-медицинских документов. Изд. 4-е. Омск, 1948.
- Иванов Н. Н. Патологоанатомические изменения в трубах в связи с внутриматочными инъекциями йода как возможная этиология эктопической беременности. Журнал акушерства и женских болезней, 1930, № 7—8.
- Игнатовский А. С. Лекции по судебной медицине. Т. 1 и 2. Юрьев, 1910—1912.
- Ичаловская Т. А. Материалы к учению о резус-факторе. Дисс. М., 1950.
- Какушкин Н. М. К топографии пупка у женщин и новорожденных. СПб, 1912.
- Калинников Я. И. Шесть случаев пузырного заноса. Труды Саратовского родильного дома. Саратов, 1925.
- Каплун Э. М. Гормональная диагностика беременности. Изд. Центрального института акушерства и гинекологии. Л., 1947.
- Караваев В. В. Пособия по временной нетрудоспособности. Юриздат, 1956.
- Касаткин Б. С. Экспертные ошибки при судебно-медицинской экспертизе трупов новорожденных (по материалам уголовных дел). Труды 9-й конференции Ленинградского отделения Всесоюзного общества судебных медиков и криминалистов. Л., 1955.
- Кейлин С. Л. Причины и профилактика мертворождаемости. Медгиз, Свердловск, 1948.

- Кирова М. А. Определение возраста в судебно-медицинской практике с применением рентгенографии кисти и дистального отдела предплечья. Вопросы судебно-медицинской экспертизы. Госюриздат, 1955.
- Кисин С. В. Минимая смерть новорожденных. Монография. Смоленск, 1930.
- Клеинцкий Я. С. Летальные случаи акушерско-гинекологической клиники. Изд. I Ленинградского медицинского института имени И. П. Павлова. Л., 1947.
- Колосов М. А. О глотании внутриутробного плода. Труды Московского акушерско-гинекологического общества. М., 1914.
- Кондратов М. Г. Значение рентгенологических «жизненных проб». Доклад на научной сессии Харьковского государственного медицинского института. Харьков, 1955, стр. 261.
- Копелянская С. А. Алименты и дети. Советская педиатрия. М., 1939.
- Косоротов Д. П. Учебник судебной медицины. Изд. 2-е. СПб, 1914.
- Кострюкова И. М. Сравнительная оценка методов лечения инфицированных выкидышей. Автореферат дисс. М., 1955.
- Краснянский Л. М., Никольский В. В. и Сухомлинов В. Ф. К методике определения abortивных средств в моче и соскобах слизистой матки. Сборник научных трудов Ростовского института акушерства и гинекологии. Ростов-на-Дону, 1948.
- Крупский А. И. К вопросу о наследственной передаче группы крови. Труды VII съезда акушеров и гинекологов. Л., 1927.
- Курдюмов А. П. Задачи судебно-медицинской экспертизы в борьбе за снижение детской смертности. Сборник трудов кафедры судебной медицины. Медгиз. Л., 1955.
- Лазаревич И. П. Курс акушерства. Харьков, 1879.
- Ланковиц А. В. Операция наложения щипцов в русском акушерстве. Дисс. М., 1951.
- Лебедев А. А. и Степанов Л. Г. Уточнение показаний к выдаче декретных отпусков за 35 дней до родов. Л., 1948.
- Лебедев А. А. и Рудаков А. В. Определение срока беременности. Медгиз, М., 1955.
- Левин М. Ф. История родовспоможения в СССР. Изд. Академии медицинских наук СССР. М., 1951.
- Леонтьев А. Г. К вопросу о мертворожденных по данным судебно-медицинского секционного материала. Труды 9-й конференции Ленинградского отделения Всесоюзного общества судебных медиков и криминалистов. Л., 1955.
- Лисовецкий В. С. Определение мекония и значение выделения его во время родов. Журнал акушерства и гинекологии, 1949, № 5.
- Лурье А. Ю. и Сосенкова Н. Я. Акушерские ошибки и материнская смертность. Изд. Центрального института усовершенствования врачей. М., 1947.
- Лурье Р. Г. Методика определения срока беременности. Изд. Института акушерства и гинекологии Министерства здравоохранения СССР. Л., 1946.
- Мансветова В. С. Овариотомия при беременности. Дисс. М., 1949.
- Марциковский Б. И. Основы врачебно-трудовой экспертизы, 1947.
- Мержеевский В. О. Судебная гинекология. Руководство для врачей и юристов. СПб, 1878.
- Мильченко И. Т. Морфологические изменения передней брюшной стенки при беременности. Дисс., Иваново, 1945.
- Миронов М. М. Судебная гинекология. Глава в «Руководстве по женским болезням» Л. А. Кривского. Изд. «Практическая медицина», Л., 1927.
- Миронов С. М. Повреждения женских половых органов. Породные тела. Главы в «Руководстве по женским болезням» Л. А. Кривского. Изд. «Практическая медицина», Л., 1927.
- Мондор Г. Неотложная диагностика. Т. 2. Живот. Перевод с французского. Биомедгиз, 1937.
- Нидермейер А. Социально-гигиенические проблемы в гинекологии и акушерстве. Перевод с немецкого. Изд. Наркомздрава. М., 1927.
- Никитина-Даль М. И. К вопросу об определении причин смерти новорожденных в судебно-медицинской практике. Л., 1953.
- Никифоров В. М. Экспертиза в советском уголовном процессе. Издание Военно-медицинской академии, М., 1947.
- Николаев А. П. Профилактика и терапия внутриутробной асфиксии плода. Изд. Академии медицинских наук СССР. М., 1952.
- Одесская Н. А. Смерть новорожденных детей от охлаждения. Саратов, 1947.
- Основы судебной медицины. Под ред. проф. Н. В. Попова. Медгиз, М., 1938.
- Первова В. А. Беременность при наличии инородного тела в матке. Сборник раб. бот Краевого Куйбышевского института материнства и младенчества, 1935.
- Персианинов Л. С. Разрывы матки. Изд. 2-е. Госиздат, Минск, 1954.

- Петров В. И. Рентгенологическая диагностика живорожденности и ее судебно-медицинское значение. Дисс. М., 1952.
- Побединский М. Н. Бесплодие женщины. Медгиз, М., 1949.
- Покровский В. А. Шок в акушерско-гинекологической практике. Изд. Воронежского государственного медицинского института. Воронеж, 1956.
- Попов Н. В. Учебник судебной медицины. Изд. 1-е. Медгиз, М., 1940.
- Попов Н. В. Учебник судебной медицины. Изд. 2-е. Медгиз, М., 1946.
- Попов Н. В. Судебная медицина. Изд. 3-е, переработанное В. М. Смольяниновым и В. Ф. Черваковым. Медгиз, М., 1950.
- Попова Е. Ф. Самопроизвольный выкидыш. Библиотека практического врача. Медгиз, М., 1950.
- Пухпаревич В. И. Определение производительной способности у мужчин в судебно-медицинском отношении. Дисс. М., 1947.
- Рабинович К. И. и Фой А. М. Борьба с мертворожденностью в акушерском стационаре. Изд. I Ленинградского медицинского института имени И. П. Павлова. Л., 1948.
- Райский М. И. Судебная медицина. Руководство для студентов и врачей. Медгиз, М., 1953.
- Розенблюм Е. Е., Сердюков М. Г. и Смольянинов В. М. Судебно-медицинская акушерско-гинекологическая экспертиза. ОГИЗ. Изд. «Советское законодательство». М., 1935.
- Розенблюм Е. Е. Продолжительность человеческой беременности как кардинальный пункт при установлении отцовства в алиментном процессе. Московский медицинский журнал, 1928, № 9.
- Розенблюм Е. Е. Биологическая реакция Апштейн—Цондека и ее судебно-медицинское значение. Судебная медицина и пограничные области. Медгиз, М., 1934.
- Руповский Д. И. Плодоизгнание внутренними средствами с точки зрения статьи 140 Уголовного кодекса. Сб. 2. Судебная экспертиза. Научно-исследовательский институт судебной экспертизы Ивановской области. Иваново, 1936.
- Русин Я. И. Родоразрешение по способу Виллет—Иванова. Изд. Магнитогорского отдела здравоохранения. Магнитогорск, 1944.
- Свиридов С. А. Рентгенологические наблюдения над живорожденностью ребенка. Дисс. М., 1947.
- Семенчева Э. М. Определение по крови плаценты группы и типа крови матери и новорожденного. Доклад на совещании судебно-медицинских экспертов. Л., 1950.
- Сердюков М. Г. К вопросу о судебно-медицинском исследовании девственной плевы. Журнал акушерства и гинекологии, 1954, № 4.
- Сердюков М. Г. Роль и значение внутриматочных впрыскиваний при гинекологических заболеваниях. Труды конференции, организованной Комиссией по изучению противозачаточных средств. Медгиз, М., 1931.
- Сердюков М. Г. К вопросу акушерского травматизма. Московский медицинский журнал, 1925, № 5.
- Сердюков М. Г. Искусственный аборт как биологическая травма и ее последствия. Доложено на Всероссийском съезде акушеров-гинекологов в Киеве в 1927 г. Московский медицинский журнал, 1927, № 10.
- Сидоров П. П. Родовая травма и ее профилактика у новорожденных. Сборник научных трудов Ростовского областного акушерско-гинекологического института. Ростов-на-Дону, 1948, в. 8.
- Скробанский К. К. Учебник акушерства. Биомедгиз, Л., 1936.
- Скробанский К. К. Учебник гинекологии. Медгиз, Л., 1938.
- Смирнов Г. И. Инструментальная перфорация матки при производстве искусственного аборта, ее возникновение, профилактика и лечение. Научные труды Ивановского областного института охраны материнства и младенчества. Ивановское государственное издательство, 1940, в. 3.
- Смольский И. И. Значение отделения молока в судебно-медицинском отношении. Врачебные ведомости, 1883, № 43 (595).
- Смольянинов В. М. Библиографический указатель по судебной медицине и пограничным областям. Минск, 1936.
- Смусин Я. О., Беллин Э. Ф. Видный деятель отечественной судебной медицины. Сборник трудов кафедры судебной медицины. Медгиз, Л., 1955.
- Снегирев В. Ф. Маточные кровотечения. Этиология, диагностика, лечение (с изложением метода исследования женских половых органов). Изд. 4-е. М., 1907.
- Соловьев Ф. А. Неотложная хирургия в брюшной полости при заболеваниях женских половых органов. Труды II съезда хирургов Северо-Кавказского края, 1928.
- Ставская Е. Я. Перенашивание беременности. Медгиз, М., 1949. Судебная ответственность врачей (совместное выступление врачей и юристов). Изд. «Рабочий суд». Л., 1926.

- Сутугин В. В. Определение срока беременности по величине утробного плода и беременной матки во второй половине беременности. Московский врачебный вестник, 1874—1875.
- Сыцянюк Г. А. Некоторые ошибки врачей в акушерско-гинекологической практике и их судебно-медицинская оценка. Труды 9-й конференции Ленинградского отделения Всесоюзного общества судебных медиков и криминалистов. Л., 1955.
- Татиев К. И. Судебная медицина. Учебник для юридических школ. Юриздат, М., 1947.
- Теребинская-Попова М. А. Соотношение между овуляцией и менструацией. Сборник научных работ, посвященный Л. Л. Окинчицу. Л., 1924.
- Трахтеров В. Кастрация и стерилизация. Социалистическая законность. Орган прокуратуры СССР. М., 1937, № 2.
- Тупинг О. С. О травматизме ключиц у новорожденных, его клиника и профилактика. Журнал по изучению раннего детского возраста, 1939, т. 12, № 1.
- Тур А. Ф. Медгиз, М.—Л., 1936.
- Хижнякова К. И. Динамика воспалительного процесса слизистой оболочки матки после воздействия некоторых химических растворов (экспериментальное исследование). Вопросы судебно-медицинской экспертизы. Госюриздат, 1955, в. 2.
- Хижнякова К. И. Судебно-медицинская экспертиза аборта. Автореферат на соискание ученой степени доктора медицинских наук. М., 1953.
- Повьянов Н. А. Усовершенствованный, предупреждающий мертворождаемость метод ведения родов при тазовом предлежании. Изд. 3-е. Медгиз, М., 1954.
- Чельцов М. А. и Чельцова Н. В. Проведение экспертизы в советском уголовном процессе. Госюриздат, М., 1954.
- Чирхин В. И. Вагинография и ее диагностическое значение. Дисс. Ашхабад, 1950.
- Чухарева Н. М. Анализ причин мертворождаемости по родильным отделениям городов Ростовской области. Сборник научных трудов Ростовского областного акушерско-гинекологического научно-исследовательского института, 1948, в. 3.
- Шаргородский М. Д. Преступления против здоровья и жизни. Госюриздат, М., 1948.
- Ширшов Д. И. Кисты и кистовидные образования человеческого последа. Изд. «Практическая медицина». СПб, 1912.
- Штерн И. А. О патогенезе и профилактике ante-, intra- и postnatalной смерти новорожденных. Журнал по изучению раннего детского возраста, 1932, № 5, 6, 7, 8.
- Эдель Ю. П. К вопросу о согласии больного на неотложную операцию. Труды 9-й конференции Ленинградского отделения Всесоюзного общества судебных медиков и криминалистов. Л., 1955.
- Зиммерт К. Руководство судебной медицины. Перевод с немецкого. По ред. И. И. Ивановского. Изд. «Практическая медицина». СПб, 1909.
- Юрасовский И. Я. Случай пузырного заноса. Медицинское обозрение, 1895, № 17.
- Яковлев И. И. Неотложная помощь при акушерской патологии. Руководство для врачей. Медгиз, М., 1953.
- Ягубов С. И. К вопросу об ответственности за незаконное врачевание. Труды 9-й конференции Ленинградского отделения Всесоюзного общества судебных медиков и криминалистов. Л., 1955.
- Hansen M. Gerichtliche Medizin. Leipzig, 1954.
- Reuter J. Fr. Forensische Gynakologie (Schlub) Halbanund Seitz. Berlin - Wien, 1928.
- Штекель В. Перфорация матки с тяжелым повреждением придатков. Лейпциг, 1922, № 35.
- Heinrich v. Fabricie. Учение об изгнании плода и детоубийстве. Перевод с немецкого И. Г. Фрейберга. Изд. «Практическая медицина». СПб, 1906.

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие ко второму изданию	3
Предисловие к первому изданию	4
Краткие данные об истоках отечественной судебной гинекологии и акушерства	7
Половая зрелость	15
Общее развитие организма	16
Способность к совокуплению	17
Способность к зачатию	18
Способность к вынашиванию плода	20
Способность к родоразрешению	21
Способность к вскармливанию ребенка	22
Развитие психики, сознания. Ориентировка в происходящем	24
Ранняя половая жизнь, беременность и роды при педостижении половой зрелости	25
Преждевременная половая зрелость	27
Запоздалая половая зрелость	33
Установление пола	35
Гермафродитизм, сомнительный пол	35
Поводы к исследованию	36
Диагностика гермафродитизма	37
Классификация гермафродитизма	38
Нарушение половой неприкосновенности, дефлорация	50
Развитие девственной плевы	51
Анатомия и гистология девственной плевы	51
Морфология и классификация форм девственной плевы	53
Методика исследования и составление акта	61
Установление нарушения девственной плевы и бывшего совокупления	66
Механизм дефлорации	68
Детали и особенности механизма разрывов девственной плевы	71
Дифференциальные особенности разрывов девственной плевы при дефлорации	73
Дифференциация рубцов и естественных выемок	73
Обнаружение спермы во влагалище и на одежде	74
Особенности изменений девственной плевы после родов	77
Развратные действия	78
Изнасилование	86
Изнасилование с применением физической силы	88
Групповое изнасилование	89
Следы изнасилования	89
Изнасилование с использованием беспомощного состояния	92

Изнасилование с применением психического воздействия	95
Ложные обвинения в противозаконном совокуплении и изнасиловании	95
Изнасилование с половыми извращениями	99
Доказательства насильственного совокупления	103
Последствия противозаконных совокуплений и изнасилования	106
Экспертиза изнасилования женщин, живущих половой жизнью и рожавших. Повреждение половых органов при половых сношениях	109
Установление ранних и поздних сроков беременности	112
Установление ранних признаков беременности	113
Установление поздних признаков беременности	115
Аномалии беременности	117
Внематочная беременность	118
Беременность несознаваемая и вымышленная	119
Продолжительность человеческой беременности	120
Время начала беременности. Момент оплодотворения	125
Первые шевеления плода. Определение продолжительности беременности п времени наступления родов	128
Экспертиза послеродового периода, недавних и бывших родов	135
Диагностика послеродового периода и бывших родов	135
Изменения молочных желез	136
Изменения наружных и внутренних половых органов	139
Изменения наружных покровов тела	142
Диагностика бывших родов	143
Вымышленные роды и подложные дети	149
Механические повреждения при родах. Отличие родовой травмы от умыш- ленной	149
Стремительные, быстрые роды	153
Посмертные, или трупные, роды	159
Судебно-медицинское значение самопомощи при родоразрешении	159
Роды в бессознательном и невменяемом состоянии	160
Новорожденность, живорожденность, доношенность	163
Новорожденность	163
Определение зрелости, доношенности и жизнеспособности плода	170
Определение живорожденности	175
Родовой травматизм. Анализ причин смерти ребенка до родов, во время родов и после родов	184
Родовой травматизм	184
Причины смерти ребенка до родов	189
Причины смерти ребенка во время родов	193
Причины смерти новорожденных после родов	198
Насильственная смерть	199
Аборт	206
Криминальный аборт	211
Самопроизвольный аборт и его патогенез	213
Аборт и психическая травма	215
Связь аборта с травмой	215
Диагностика криминального аборта	219
Аборт, производимый механическими вмешательствами	220
Мыльный и щелочной аборт	227
Смерть от эмболии и шока при криминальном аборте	230
Ранение внутренних органов при криминальном аборте	235
Судебно-медицинская диагностика криминального аборта	239
	301

Исследование продуктов, выделившихся при аборте	246
Симуляция аборта	247
Токсический аборт	247
Стерилизация женщины	254
Акушерско-гинекологическая судебно-медицинская экспертиза снижения и утраты трудоспособности	259
Связь опущения и выпадения женских половых органов с травмой	272
Акушерско-гинекологическая экспертиза в делах о расторжении брака . . .	276
О судебной ответственности акушеров и гинекологов	281
Л и т е р а т у р а	295

СЕРДЮКОВ МСТИСЛАВ ГЕОРГИЕВИЧ
Судебная гинекология и судебное
акушерство

Редактор *Ю. Мельников*
Техн. редактор *Н. Людковская*
Корректор *Л. Чубарова*

Сдано в набор 4/IX 1963 г. Подписано
к печати 27/XI 1963 г. Формат бумаги
70 × 108/16. 19 печ. л. + 0,38 печ. л. вкл.
(условных 26,54 л.) 25,14 уч.-изд. л.
Тираж 10 000 экз. Т-14478 МН-73

Издательство «Медицина», Москва,
Петроверигский пер., 6/8
Заказ 349. 11-я типография Главполи-
графпрома Государственного комитета
Совета Министров СССР по печати,
Москва, Нагатинское шоссе, д. 1
Цена 1 р. 51 к.

13.5/2

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
THE UNIVERSITY OF CHICAGO
THE UNIVERSITY OF CHICAGO
THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

